GRIGORE OSIPOV-SINEȘTI

METODOLOGIE PARODONTOLOGICĂ

științifică și practică

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Consecvent pe linia promovării concepției sale etiopatogenice și terapeutice în parodontopatii, dr. Gr. Osipov-Sinești ne aduce o nouă lucrare ***« Metodologia Parodontologică »*** *în care, sprijinit pe documente selecționate din bogata sa colecție, stabilește criteriile care trebuie să stea la baza indicațiilor terapeutice în această afecțiune, precum și a adaptării diferitelor metode și tehnici de tratament.*

Recapitulînd, sintetic, elementele de patologie, locale și generale, incriminate în instalarea parodontopatiilor și în corelație cu care se instituie tratamentul, autorul arată cum trebuie făcută corect investigația clinică, cum trebuie interpretate diferitele modificări, ce trebuie socotit ca ***esențial*** *și* ***neesențial*** *în producerea leziunilor. Ca o consecință a acestor vederi personale, prezintă apoi critic locul și valoarea diferitelor acte terapeutice intrate în arsenalul curent al tratamentului parodontopatiilor.*

Desigur că obiectivitatea științifică mă obligă ca, chiar dacă alături de mulți specialiști reputați, nu pot fi integral de acord cu negarea a tot ce s-a acumulat prin studii și experiență în patrimoniul devenit clasic, privind rolul factorilor locali, al tulburărilor funcționale în patologia parodontală, să recunosc originalitatea vederilor colegului Osipov-Sinești, și să apreciez argumentația pe care acesta o aduce în susținerea tezelor personale.

Apariția acestui volum, concretizează și mai mult și documentează și mai amplu concepția proprie și metoda originală pentru care dr. Gr. Osipov-Sinești militează de peste 3 decenii.

Autorul aduce o serie de concretizări de tehnică, valoroase pentru cei care se angajează în dificilul și complexul tratament al parodontopatiilor, chiar dacă nu vor adopta integral metoda Osipov-Sinești.

Scanned with OKEN Scanner

Consider, de asemenea, că nu este lipsit de importanță faptul că lucrarea nu se limitează numai la aspectele de practică, ci menține în continuare deschisă poarta reflexiilor și cercetărilor privind această patologie ce afectează peste 50% din populația adultă.

Prof. dr. doc. VALERIAN POPESCU
Membru corespondent al Academiei R.S.R.
Membru Academiei Științelor Medicale
Președinte al Asoc. Internaționale Stomatologice

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Au trecut cîteva luni de cînd amicul meu, dr. Osipov-Sinești, mi-a destăinuit marea mulțumire pe care a încercat-o de a fi terminat cartea, pe care Dvs. o citiți acum, descriind-o ca pe « materializarea preocupărilor și eforturilor mele, pentru a găsi căi noi. . . »

Sînt în măsură să apreciez angajamentul cerut în susținerea unei preocupări constante și de eforturi, eu însumi scriind 29 de cărți, de la începutul carierei mele medicale.

Ce loc va ocupa contribuția d-rului Osipov-Sinești, în lumina istoriei medicinei, nu sînt calificat să o prezic. Nu aș putea să evaluez valabilitatea abordării problemei, într-un domeniu de înaltă specializare cum este parodontologia, care nu ține de competența mea profesională. Dar, apariția unei noi perspective metodologice este, fără îndoială, un stimulent, este proba vitalității reînnoite a unei întreprinderi științifice. Și grija meticuloasă pe care dr. Osipov-Sinești a avut-o în redactarea cărții nu poate decît să incite la o mai mare apreciere a disciplinei sale.

> « După concepția noastră, este sigur că parodontologia, mai mult decît oricare altă disciplină medico-chirurgicală, realizează o sinteză a preocupărilor de cercetări științifice și de aplicare practică într-un singur ansamblu medical. . . »

Această carte conține aplicarea terapeutică practică a teoriei formulată mai întîi într-o carte anterioară: « La Parodontopathie Essentielle », publicată în 1971. El propune o deosebire categorică între aspectele ***« secundare sau simptomatice »****, de* ***origini locale****, și* ***« parodontopatia esențială »*** *considerată ca o « entitate patologică bine definită prin sindromul său anatomoclinic » ale cărei mani-*

Scanned with OKEN Scanner

festări sînt datorite «preponderenței unei predispoziții genetice a terenului organic, incitat și bruscat de către multipli ***factori de s t r e s s,*** *ale condițiilor de viață și activitate ca și de diversele stări patologice ale organismului în cauză».*

În afară de faptul referirii frecvente la rolul etiologic a «nenumărați factori s t r e s s-anți», dr. Osipov-Sinești mă onorează afirmînd cu generozitate, despre influența mea în lucrarea sa. Aș spune mai bine, că eu îi sînt îndatorat, pentru că cercetări deosebite ca ale sale aduc umanității roadele teoriei generale a s t r e s s-ului, concretizate în principiul analizei structurilor morfo-funcționale.

Prof. HANS SELYE,
Institutul de Medicină și Chirurgie experimentală
Montréal, 1974

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Pag.

Prefețe 3

Cuvînt înainte 9

PARTEA I-a

PRINCIPII GENERALE DE METODOLOGIE PARODONTOLOGICĂ

Capitolul 1

De la teorii de interpretare și modalități de asistență neconcludente — la realități parodontologice normale și patologice..... 15

Capitolul 2

Teoria metodologiei parodontologice. Principiile cardinale ale metodologiei parodontologice 21

A. Principiul discernămîntului clinic, anatomopatologic, radiologic și biologic de interpretare și sistematizare a leziunilor și manifestărilor parodontopatice 22

B. Principiul eclectismului metodelor de asistență în practica parodontopatiilor..... 27

PARTEA A II-a

ILUSTRAȚIA METODOLOGICĂ PARODONTOLOGICĂ

(Exemplificări metodice pe bază de fișe exemplificative și documentative)

Capitolul 1

Cîteva elemente teoretice legate de discernămîntul clinic și radiologic 61

Capitolul 2

Aspectele parodontului în stare normală 71

Capitolul 3

Aspecte parodontopatice simptomatice 79

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Capitolul 4

Aspecte parodontopatice esențiale **100**

Capitolul 5

Aspecte parodontale care pot crea probleme de interpretări eronate în diagnosticul diferențial al leziunilor « simptomatice » de cele « esențiale » **119**

PARTEA A III-A

ASISTENȚA PRACTICĂ METODOLOGICĂ, PARODONTOLOGICĂ

Capitolul 1

Metodica practică parodontologică generală **147**

Capitolul 2

Metodica practică în parodontopatiile simptomatice **157**

Capitolul 3

Metodica practică în parodontopatia esențială **171**

Capitolul 4

Ilustrarea eficienței metodei operatorii « Osipov-Sinești » pe bază de biostimulatori omo-implante din « os minerale » **193**

Obiective realizate **193**

a) Obiective clinice **193**

b) Obiective radiologice **215**

c) Obiective biologice **223**

Capitolul 5

Cîteva considerații de ordin protetic în completarea tratamentului chirurgical al aspectelor parodontopatiei esențiale cu edentații parțiale terminale și intercalate **224**

PARTEA A IV-A

MESAJ COLEGIAL ADRESAT TUTUROR CONFRAȚILOR CU PREOCUPĂRI PARODONTOLOGICE

Un colegial mesaj **231**

Recapitulare **243**

Recapitulation **246**

Bibliografie **249**

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNT ÎNAINTE

Parodontologia, prin implicațiile pe care le are, pentru a fi concludentă și eficientă, trebuie să îmbine într-un **« tot »** interpretativ și de asistență preocupările stomatologiei cu toate celelalte discipline medico-chirurgicale.

Parodontologia, pentru a deveni științific și practic concludentă și eficientă, nu admite idei și principii fanteziste sau sofisticate, necorespunzătoare realităților patologice, căci astfel ar putea provoca, deseori, eșecuri de asistență și dezamăgiri celui tratat.

Se impune parodontologului dăruit acestei cauze, să gîndească cu **discernămînt** clinic, radiologic, anatomo-patologic, biologic etc. și să rezolve terapeutic cazurile în **mod eclectic,** prin aplicarea celor mai adecvate modalități de asistență, care să fie în strînsă corelație cu realitățile patologice ale terenului organic, în general, și cu cele ale parodontului, în special.

Dacă manifestările din **categoria parodontopatiilor simptomatice** sînt atribuite unei multitudini de factori specifici cauzali cunoscuți, ceea ce și face ca asistența acestor aspecte polimorfe să fie ușurată, în primul rînd, numai prin îndepărtarea elementului provocator (sublata causa tolitur efectus), ***categoria aspectelor* parodontopatice esențiale,** însă, datorită « pluricauzalității » lor, dăinuiesc, într-o oarecare măsură, în foarte multe teorii ipotetice și controversate fie asupra rolului terenului organic și factorilor organici predispozanți, fie asupra factorilor favorizanți, determinanți etc., probleme care impun laborioase preocupări celor care-și consacră activitatea acestui aspect al patologiei parodontului.

Totuși, așa cum am arătat în lucrarea « La Parodontopathie Essentielle », și în prezenta lucrare « Metodologie Parodontologică », în ceea ce privește **factorii cauzali,** în interpretarea aspectelor esențiale, ne-am axat ipotezele, pe care le considerăm cele mai aproape de adevăr, ***pe influența* stress-urilor condițiilor de viață și activitate *asupra unor organisme deja cu o tară organică* labilă și susceptibilă *de a provoca*** diverse stări patologice. Aceste stress-uri ar determina, la aceste organisme susceptibile spre stări patologice, pe releul disfuncțiilor neuro-vegetative, al fenomenelor dismetabolice, dismineralemice etc., multiple stări patologice, printre care se găsesc și **manifestările parodontopatice esențiale,** care, fie că domină singure tabloul patologic, fie că evoluează

Scanned with OKEN Scanner

într-o concomitență intricată cu alte stări (hipertensiune esențială, colite neurogene, nevroze cardiace, ulcere gastro-duodenale etc. etc.), manifestări care sub aspect terapeutic se vor trata, ***în mod obligatoriu, premergător*** *și* ***concomitent*** *cu leziunile locale din conformația parodontului.*

În ceea ce privește problema rezolvării terapeutice a leziunilor ***« esențiale »,*** *deoarece aspectele din imaginile radiografice, ca și aspectele morfo-patologice, ne arată, în mod concludent, pe fondul* ***fenomenelor de apatie vitală organică,*** *existența unor* ***procese disbiotrofice gingivo-alveolare*** *și* ***de lizăevolutivă a osului parodontal,*** *fenomene patologice a căror rezolvare nu este posibilă prin metodele clasice, localiciste, cunoscute, ceea ce ne-a făcut să căutăm o nouă orientare terapeutică, în mod demonstrabil eficientă.*

Astfel, prin extrapolare din metodele chirurgiei osoase ale focarelor bacilare, în special, inspirat și din teoriile experimentale ale lui Leriche și Policard, am creat jaloanele ***unei modalități de tratament general, îmbinat cu cel local,*** *direct în focarele disbiotrofice,* ***printr-o metodă operatorie pe bază de biostimulări omo-implante*** *din* « Os-Minerale ».

În ultimii ani, prof. dr. Hans Selye, prin lucrările sale asupra fenomenului « Calciphilaxia », *vine în sprijinul explicării științifice a concepției și metodei noastre, concretizînd încă un pilon experimental, care pe lîngă* cel al experimentului Leriche, *și al rezultatelor pe care le demonstrează la cei operați prin metoda noastră* « proba timpului », *precum și al* fenomenelor biologiei organice pe care evident le reactivează *și le redresează biostimulării asupra terenului organic, în general, ca și asupra recondensării structurii conformației parodontului, în special.* Fapte care confirmă valoarea științifică și eficiența practică a concepției și metodei noastre operatorii.

Considerațiile de ordin științific expuse mai sus, coroborate cu numeroasele observații reținute din multiplele manifestări internaționale prestigioase (Berlin-Vest, Budapesta, Roma, Paris, Madrid, Tokio etc.) sub formă de Congrese, Simpozioane, Acțiuni speciale parodontologice, încheiate cu discuții la mese rotunde, precum și cele constatate în desfășurările activității în diverse Centre stomatologice-parodontologice, din Italia, Franța, R. F. Germania, Spania ne-au determinat să consacrăm studii de continuă căutare, pentru a găsi și stabili jaloane științifice și practice ale unei Metodologii Parodontologice, *care să ajute și să orienteze concludent prin principii cardinale, activitatea oricărui parodontolog.*

Aceste considerații și constatări expuse în lucrarea de față, în ordine sistematică și cronologică, pe care ne-am străduit să o întocmim judicios și documentat, prin iconografia *unui exemplificativ număr de cazuri,* **am dori să constituie *un « catehism »,*** « un îndreptar teoretic și practic parodontologic » *pentru fiecare parodontolog care își axează activitatea pe problemele acestui domeniu medico-stomatologic.*

Aplicarea acestor principii cardinale, bazate pe exemplificări cazuistice, studiate, sistematizate în categorii nozologice, permite obținerea, așa cum demonstrăm în partea a III-a a lucrării, a unor rezultate, pînă la ora actuală, dintre cele mai satisfăcătoare. Aceste rezultate analizate prin prisma timpului, ne fac să avem convingerea că, contribuția lucrării « Parodontopatia esențială » ca și a prezentei « Metodologii parodon-

Scanned with OKEN Scanner

tologice », poate avea o deosebită semnificație. Contribuția noastră NU combate sau minimalizează valoarea principiilor « Concepției localiciste », ci din contră, în mod științific și obiectiv, îmbină și completează principiile și teoriile « localiciste » cu noi elemente de interpretare și de asistență pe care se bazează concepția noastră — **Concepția factorilor și a fenomenelor organice.** În acest mod considerăm că Parodontologia poate erupe din corsetul « canoanelor tradiționaliste » spre noi orizonturi de orientare științifică și practică, mult mai folositoare marelui procentaj de parodontopați.

Animat de aceste gînduri, am fost condus și preocupat tot timpul cît am lucrat la această carte, nu numai de expunerea — uneori prea insistent repetat — a criteriilor teoretice de orientare, cît mai ales de alegerea și prezentarea exemplificativă a celor mai concrete și elocvente cazuri exemplificative, căci numai prin exemplificări pe bază de fișe clinice, ilustrate și explicate cu legendele respective*, apreciem că intenția noastră își va realiza, în cea mai mare măsură și cu maximă eficiență, rolul și scopul pentru care ea a fost concepută.

Am dori, odată cu apariția acestei lucrări, să adresez confraților mei, de pe toate meridianele, recomandarea de a folosi cu multă atenție și de a aplica cu toată încrederea îndrumările expuse în ambele lucrări, fără a uita însă că un parodontopat esențial, este un « bolnav » care, odată operat și tratat, nu trebuie ignorat sau uitat în ceea ce privește asistența generală sau locală (igienă, detartraj regulat etc.), asistența neuroendocrină, moderarea acțiunilor stressante etc.

Am dori ca toți să fie convinși că tot ce am expus, arătat și demonstrat faptic, prin foto-imagini și scheme, în ambele lucrări, am făcut-o prin prisma pregătirii și practicii noastre îndelungate medico-chirurgicale și stomatologice. De asemenea am dori ca aceasta să reprezinte o contribuție, pentru afirmarea și promovarea parodontologiei la nivelul prestigios al celorlalte specialități și discipline medicale, alăturîndu-ne prin aceste eforturi, la aportul celorlalți confrați care s-au ocupat cu această problemă și ale căror lucrări sînt specificate în bibliografia de la finele cărții.

AUTORUL

București, august 1974

---

* În iconografia lucrării de față sînt cîteva imagini care prin semnificația și importanța lor deosebită sînt repetate din volumul „Parodontopatia esențială".

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA I

Principii generale de metodologie parodontologică

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 1

De la teorii de interpretare și modalități de asistență neconcludente la realități parodontologice normale și patologice

Nu tot ce poate apare anormal, la nivelul **conformației parodontului** — fie gingivită, fie deșosare sau denudare a segmentului radicular, fie mobilitatea odontală atenuată sau mai gravă — reprezintă maladia parodontului propriu-zisă, adică **parodontopatia esențială.** Așa cum prin extrapolare în domeniul patologiei tumorale, nu tot ce are aspect de formație tumorală (papilom, adenom, angiom, osteom etc.) reprezintă maladie canceroasă, care să îngrijoreze uneori dramatic pe cel în cauză, tot așa și în materie parodontopatică, nu orice leziune gingivală sau odonto-alveolară, aparent cu aspecte asemănătoare parodontopatiei esențiale, trebuie să fie etichetată ca o maladie care provoacă atîtea implicații și complicații.

Interpretarea cu **discernămînt,** diferențierea și sistematizarea preocupărilor de studiere a manifestărilor patologice ale conformației morfo-funcționale a parodontului, pe de o parte, iar pe de altă parte aplicarea unui riguros **eclectism** în alegerea atitudinii terapeutice — care să fie în strînsă concordanță cu fenomenele patologice — reprezintă **cele două obiective cardinale,** care trebuie să stea la baza «Metodologiei parodontologice» atît sub aspect științific, cît mai ales al celui legat de practica parodontologică.

Ignorarea acestor fundamentale principii, care orientează de altfel întreaga activitate științifică și practică în orice domeniu medical ne-am găsi, reprezintă factorul care a făcut pe specialiști, ca de-a lungul vremii, să comită grave abateri și în ceea ce privește modul de interpretare eronat al unor fenomene patologice apărute la acest nivel și să orienteze pe piste neconcludente preocupările de a găsi și stabili cele mai juste și adecvate atitudini de tratament, care să se refere și să

fie în strînsă corelație cu leziunea și manifestările patologice respective, sub orice aspect s-ar prezenta acestea.

Pentru a ilustra necesitatea stringentă a concretizării unei «Metodologii parodontologice» sub aspect științific și mai ales a orientării în direcția unei activități practice eficiente, vom cita înainte de toate o serie de exemple tipice, reținute din unele reuniuni prestigioase internaționale stomatologice, sau observate și consemnate din activitatea unor instituții profilate pe probleme parodontologice. Considerăm că simpla descriere a acestor constatări, alături de contribuția pe care o aducem în acest domeniu, poate convinge pe oricine, cît de puțin cunoscută este orientarea științifică și practică mai ales în domeniul parodontologiei.

Sperăm că prezentarea teoretică și iconografică a observațiilor noastre, bazată pe o îndelungată și vastă experiență profesională și de cercetare, va reuși să contribuie la ridicarea parodontologiei la nivelul celorlalte discipline ale științelor medico-chirurgicale.

Împrejurări propice au făcut, ca în ultimii ani, să participăm la o serie de manifestări stomatologice-parodontologice, de un înalt nivel științific prin tematicile și problemele abordate. Dintre aceste manifestări, citățm cîteva din cele mai importante: Congresul Internațional A R P A, mai, 1966 — Berlin-Vest; Congresul Internațional de Stomatologie, octombrie, 1966 — Roma; Congresul Național de parodontologie, mai, București — 1967; Jahrestagung des Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Parodontologie (A R P A), 9—10 octombrie, 1970 — Bad-Homburg (R. F. Germania); The first Pan-Pacific Congress of Dental Research — Tokio — aprilie, 14—16, 1969; Journées Françaises de Parodontologie, octombrie, 1969 — și altele.

În toate aceste manifestări, pe lîngă unele probleme deosebit de valoroase, expuse și dezbătute cu evidentă competență, de somități în materie, au fost expuse și probleme și teorii din domeniul parodontologiei, dintre care însă, multe erau departe de realitățile faptice, fie de ordin anatomo-clinic, fie radiologic, fie de ordin bio-patologic. S-au adus diverse aspecte patologice parodontopatice, interpretări cu totul ciudate și eronate, generatoare de modalități de asistență la fel de eronate. Pentru a ilustra aceste afirmații, vom încerca să le descriem pe cele mai elocvente și care, pentru a justifica necesitatea unei «Metodologii» științifice și practice, concludentă și eficientă, merită să nu fie nesocotite.

Din marele număr de referate expuse la Congresul Internațional A R P A, mai, 1966 — prin conținutul lor — mai toate se desfășurau în **spiritul concepției localiciste.** Deci, de la bun început, atît expunerile, cît și demonstrațiile, erau departe de realitățile patologice ale manifestărilor parodontologice propriu-zise. Așa, de exemplu, s-a ajuns la concluzia **unui tratament parodontopatic local endobucal,** prin administrarea, cu ajutorul unor aparate de pulverizare, special fabricate, a apelor minerale radioactive — dintr-o anumită stațiune balneară. Referentul, expunea

Scanned with OKEN Scanner

practica activității sale în stațiunea respectivă, în tratamentul parodontopatiei cu manifestări gingivitice. Era vorba de o lucrare muncită, documentată cu date statistice, arătînd cîte cazuri la sută au beneficiat de efectul acestor ape și cîte nu. **Nu a făcut însă nici o precizare, nici un discernămînt,** în ceea ce privește categoriile parodontopatice în care se încadrau acele stări gingivitice, care s-au ameliorat sau chiar vindecat, și de ce în unele aspecte se realizau procentual efecte pozitive, în timp ce în altele nu! Această problemă a practicării unui discernămînt, a unei analize pe elemente concrete și, apoi, a unei încadrări anatomo-clinice, care ar fi subliniat diferența de eficiență în diferitele manifestări parodontopatice, ar fi fost, după părerea noastră, esențială pentru referat, și tocmai acest lucru era ignorat. Elementele luate în considerare, în această problemă, erau superficiale. Incontestabil că **parodontopatiile simptomatice,** provocate prin cauze definite sau cunoscute, manifestările gingivitice sau chiar alveolitice sau ostetice, se remediază sau în orice caz se ameliorează chiar numai prin îndepărtarea factorilor cauzali și aplicarea unor măsuri de igienă bucală. Iar atunci cînd pacientul are posibilități sau ocazia să-și completeze tratamentul «cauzal» și cu **spray**-uri endobucale fie cu substanțe dezinfectante sau sclerozante, fie cu unele ape minerale radioactive, desigur efectele terapeutice vor fi și mai spectaculare.

E greu însă să acceptăm, pe baza observațiilor și experienței noastre, că în afara manifestărilor simptomatice, acțiunea acestor **spray**-uri, care acționează asupra țesuturilor mai mult stimulativ și aceasta suficient de superficial, de ordin mecanic și igienic, ar putea avea vreo eficiență în formele «esențiale», adică asupra unei mucoase gingivale congestionate, inflamate, ulcerate și infiltrate de un țesut celular de granulație, **datorită unui proces cronic subiacent disbiotrofic evolutiv al parodontului osos marginal,** suprins clinic, radiologic și microstructural în **stare de apatie vitală.** Desigur că nu, deoarece este știut că aceste fenomene disbiotrofice sînt subordonate, în ansamblul lor, **NU unor factori locali buco-odontali** (tartru, ticuri, microtraume etc. etc.), ci așa cum am arătat în «Parodontopatia esențială» **unui complex de fenomene organice generale predispozante, disfuncționale și dismetabolice,** provocate în cea mai mare măsură de acțiunile **stress**-ante **ale condițiilor mediului de viață și activitate.** În astfel de împrejurări, aceste **spray**-uri, de orice natură ar fi ele, nu realizează decît lavaje mecanice, urmate de ameliorări superficiale și foarte trecătoare; de aceea credem că ar fi absurd să afirmăm că ele vindecă leziuni din categoria manifestărilor «esențiale».

O altă exemplificare: într-un Institut de stomatologie, în cadrul Congresului A R P A Berlin, au fost prezentate, printre altele, și demonstrațiile unei metode originale de tratament pentru inflamațiile marginale parodontozice (die Parodontose— în denumirea germană), prin metoda denumită acolo «baie de gură cu perhidrol» — un dispozitiv introdus în cavitatea bucală, pentru a pulveriza, sub presiune, soluție diluată de perhidrol. Medicul care făcea demonstrațiile, afirma că se obțin efecte spectaculare, în gingivite. Dar întrebat la ce fel de gingivite se referea,

1118.

explicația a fost doar că era vorba de gingivite parodontozice. Iată așadar un alt aspect superficial, care ar putea induce pe mulți în eroare, făcîndu-i să rețină și să creadă că în tratamentul parodontopatiilor poate fi folosit cu rezultate fericite și tratamentul prin metoda pulverizării intrabucale cu perhidrol, fără să se țină seama, însă, de aspectul anatomo-clinic respectiv. Vom analiza și această problemă, în cadrul capitolului «eclectismul» în terapia parodontopatiilor.

O altă exemplificare și mai instructivă prin bizareria ei. La un alt congres, unul din cele mai bine organizat atît ca nivel științific prin tematicile expuse, cît și prin desfășurarea propriu-zisă a lucrărilor Congresului. Un vast material prezentat, de peste 100 de raporturi și referenți. Am reținut în mod deosebit conținutul unui raport cu preocupări parodontologice, foarte prețios prezentat. Autorul, venit dintr-un reputat Centru american, cu preocupări parodontologice, într-un mod laborios, pe cîteva sute de proiecții, demonstra experimental rolul microtraumatismelor în provocarea leziunilor și respectiv manifestărilor parodontopatice. Raportorul, căruia îi acord o deosebită prețuire și simpatie, pornind probabil de la faptul că majoritatea cazurilor de parodontopatie prezintă un dezechilibru ocluzo-articular, uneori foarte impresionant, pe care considerîndu-l, datorită acestei frecvențe, ca unul din factorii parodontopatogeni, și-a pus probleme, foarte interesante de altfel, ale unui experiment în vederea reproducerii de ordin micro-traumatic, pe animale, a proceselor parodontopatice. Personal, mi s-a părut ingenios planul de experimentare, deși discutabil ca aport real. De ce? Pentru că în momentul provocării acestor experimente, înainte de toate, ar fi trebuit, **printr-un discernămînt de interpretare și sistematizare** anatomo-clinică, radiologică și bio-fiziopatologică, să fie bine stabilită problema diferențierii aspectelor **parodontopatiilor simptomatice** de cele ale **parodontopatiei propriu-zise, adică a parodontopatiei esențiale.** Și aceasta, înainte de toate, stabilind la om, **ce este parodontopatie simptomatică și ce este « esențială »,** și deabia apoi a se trece la experimentul pe animale.

Autorul, printr-un raționament deductiv, pornit de la unele observații experimentale, realizate pe maimuțe, consideră fenomenele apărute în conformația parodontului, sub influența unui act traumatic, ca procese parodontopatice. Da, pînă aici este justă interpretarea. Dar în această afirmație **nu se face specificarea cea mai importantă** și anume, ce fel de leziuni din patologia parodontului sînt provocate prin astfel de microtraumatisme. În concepția autorului, **care este cea localicistă,** dezechilibrul ocluzo-articular ca și alte multe cauze de ordin traumatic, prin microtraumele pe care le determină în actele funcționale asupra elementelor odontale [1], **ar duce la lezarea structurii parodontului marginal, declanșînd, astfel, manifes-**

[1] Folosim în desfășurarea prezentei lucrări termenul de odont, odontal, odontale (de la cuvîntul grecesc **οδομς, odontos)** nu pentru că ar fi impropriu în raport cu cel de dinte, dentar etc. (care vine de la latinescul **dens, dentis),** ci pentru considerentul că el se corelează mai adecvat, mai științific cu termenul parodont și celelalte noțiuni care derivă de aici — odontologie, parodontologie, parodontopatie etc.

Scanned with OKEN Scanner

tările parodontopatice! În astfel de împrejurări, factorii de ordin organic generali, intervenind pe cale reflexă corticală ar avea în acest caz rolul doar să agraveze evoluția proceselor și manifestărilor respective deja declanșate prin variate microtraume exercitate prin intermediul elementelor odontale asupra structurii parodontului. De aici, probabil, ne permitem noi să deducem temeiul teoriei pe care o susțin unii, cum că extracțiile ar opri procesul parodontopatic!

Iată experimentul: la două maimuțe, se aplică repetat și îndelungat, microtraume, în felul celor care s-ar întîmpla în anumite împrejurări la om — prin traumele provocate fie de un angrenaj ocluzal defectuos, fie prin acțiunea unor elemente protetice defectuoase, fie prin unele ticuri, scrîșnituri etc. etc. Maimuțele sînt apoi sacrificate; prima, la sfîrșitul experimentului microtraumatizant, și a doua, la un interval mai îndepărtat, — microtraumele la aceasta din urmă, fiiind sistate la data cînd a fost sacrificată prima maimuță. Pe secțiuni microstructurale ale zonelor respective, autorul ne demonstrează, pe zeci de diapozitive, la prima maimuță, leziuni evidente de osteoliză alveolară, consecință a microtraumelor aplicate, iar la a doua, ne arată, pe alte zeci de secțiuni, cum structura osului lezat, numai prin punerea în repaus a zonei respective, printr-un sistem protetic de protejare se reface, restabilindu-se fixitatea elementelor odontale, care erau mobile după actele microtraumatice.

Concluzia autorului: prima — dovada rolului microtraumatismelor ca factor determinant al proceselor care apar în conformația structurală a parodontului (așa după cum la om ar determina defectele ocluzale, parafuncțiile, ticurile etc. etc.), și a doua concluzie — odată cu punerea în repaus, prin îndepărtarea și prevenirea factorului traumatogen, automat, organismul își repară ceea ce condițiile anormale au provocat.

În ceea ce privește aplicabilitatea acestor concluzii la manifestările parodontopatice esențiale, o considerăm total nejustificată, **ele găsindu-se la antipod față de realitățile patologice.** Raportorul, sedus probabil de frumusețea experimentului, face abstracție de faptul că în experimentele pe care le-a făcut, NU a realizat pe maxilarele celor două maimuțe **fenomene disbiotrofice evolutive lente și progresive** din categoria celor care se observă în **parodontopatia esențială** (pe care le vom arăta la locul potrivit), leziunile provocate, fiind pur și simplu **leziuni de periodontite traumatice.** Autorul, deci, nu aplică, nu ia în considerare **principiul discernămîntului în interpretarea și sistematizarea fenomenelor patologice,** provocate în conformația parodontului, care au fost constatate clinic și demonstrate pe microstructuri. De asemenea, raportorul nesocotește în continuarea datelor interpretative și **principiul eclectismului terapeutic,** atunci cînd, pe baza considerațiilor făcute pe marginea rezultatelor experimentului, indică ca tratament eficient, tot felul de elemente protetice, cu scopul protejării zonei respective, spre a da posibilitatea reparatorie structurii lezate din zona microtraumatizantă. În experimentul făcut,

Scanned with OKEN Scanner

trebuie să recunoaștem, sînt realizate de altfel două observații elementare și unanim recunoscute: prima — leziuni ale osului alveolar și țesuturilor gingivo-alveolare consecutive unor traumatisme mai mici sau mai accentuate, identice celor din patologia umană, pe care le provoacă fie un element protetic greșit conceput, executat sau aplicat, fie un viciu funcțional, de masticație, ticurile neurotice, fumatul cu luleaua etc., și în al doilea rînd — leziuni, pe baza principiului **sublata causa tolitur efectus**; punîndu-se la adăpost zona respectivă, pentru a nu mai fi lezată de alte traume, ea se vindecă automat — pe baza aceluiaș principiu, făcînd ca totul să intre în ordine. **Toate aceste manifestări parodontopatice — să nu se uite însă — sînt parodontopatii simptomatice și NU « esențiale ».**

Iată deci un exemplu edificator, cum autorul pornind de la constatări pe marginea unor fenomene experimentale, dîndu-le o interpretare eronată, dă și unele directive de asistență, care însă NU sînt corelate cu realitatea patologică, deci fără eficiență reală. Dar a crede că, vorbind de procesele parodontopatice propriu-zise, adică «esențiale» — care au un **substrat disbiotrofic pe fondul unor fenomene de apatie vitală** a structurilor organice ale parodontului —, acestea ar beneficia din punct de vedere terapeutic de **un sistem de imobilizare,** prin cel mai ingenios aparat de susținere, menținere sau protejare, — sau de reechilibrare ocluzală, prin mutilarea suprafețelor ocluzale, prin acele șlefuiri selective, denumite savant « coronoplastii » (impropriu etichetate, deoarece șlefuirile distrug și nu modelează constructiv elementul coronar al dintelui) — este totalmente de neconceput.

Pentru a încheia această observație lungă și plină de învățăminte, vom sublinia enunțiativ deocamdată, unde greșește autorul acestor considerații; prima gravă eroare este atunci cînd face abstracție, ignorează ca importanță, cele două principii care constituie, în toată activitatea clinică și terapeutică, călăuza cardinală: **aplicarea discernămîntului în interpretarea și sistematizarea fenomenelor și manifestărilor respective,** întocmit după criterii minuțioase anatomo-clinice, radiologice și biologice, stabilind și diferențiind aspectele parodontopatice «simptomatice» de cele «esențiale» și, în al doilea rînd, cînd nu aplică **principiul eclectismului terapeutic** prin care practic se stabilesc criteriile găsirii și efectuării modalităților de tratament generale și locale, chimioterapice, fizioterapice sau chirurgicale, **care să fie în strînsă corelație cu realitățile patologice ale parodontului, indiferent dacă acestea sînt sau nu inspirate din concluziile realizate prin unele observații sau experimente clinice sau pe animale.**

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 2

Teoria metodologiei parodontologice. Principiile cardinale ale metodologiei parodontologice

Patologia paradontului, prin polimorfismul manifestărilor sale, este foarte vastă și complexă. Tocmai complexitatea aspectelor sub care sînt întîlnite (într-un procentaj de peste 50% la oameni) leziunile structurii parodontului și manifestările corespunzătoare, au creat grave confuzii de orientare, atît în studierea cazuistică, cît și în găsirea celor mai adecvate modalități de tratament. Lipsa unei orientări bazată pe **un discernămînt de interpretare, de sistematizare și încadrare a leziunilor și manifestărilor respective parodontopatice,** care să fie în strînsă corelație cu fenomenele patologice, a făcut pe foarte mulți din cei care s-au ocupat cu această problemă să nu poată găsi pentru această maladie **o sistematizare în categorii concludente** și bine conturate. Fiecare autor caută, după cum manifestările paradontopatice îmbracă un aspect mai aparte, fie clinic, fie anatomo-patologic sau radiologic, să descrie, să interpreteze și să dea o denumire formei respective, după propria sa inspirație. Acestea toate s-au făcut **fără să se țină seama de substratul patologic — legat de fenomenele organice generale.** Toate fenomenele patologice, depistate la nivelul arcadelor odonto-parodontale, erau analizate prin prisma unei sfere limitată la regiunea bucală, cu toate corelațiile și implicațiile ei patologice, localiciste, numai la nivelul cavității bucale. Prea mult s-a minimalizat considerentul, că această regiune — și embriogenetic ca și prin conformația sa morfofuncțională — **nu este izolată sau independentă,** ci morfo-funcțional ea este **o parte integrantă a organismului.** În felul acesta credem că toate fenomenele patologice legate de parodont, ar fi trebuit să fie privite prin obiectivul unei optici de ansamblu mai largi și mai complexe, cînd **regiunea bucală,** în diverse stări, ar fi fost raportată sau corelată, cu activitatea normală sau patologică a unor compartimente, sisteme sau organe, cu rol vital, ale organismului,

Scanned with OKEN Scanner

cum sînt: sistemul neuro-vegetativ, neuro-hormonal, statusul psihologic, testele umorale și dismetabolice etc.

A. Principiul discernămîntului clinic, anatomopatologic, radiologic și biologic de interpretare și sistematizare a leziunilor și manifestărilor parodontopatice

Cu toată complexitatea de fenomene pe care le prezintă leziunile patologice apărute în conformația morfo-funcțională a parodontului (vezi fișa iconografică nr. 7), totuși, ca în toate științele aplicative, folosirea la propriu, a discernămîntului în interpretarea și apoi clasificarea datelor constatate, aduce și în acest domeniu o ordine și o clarificare, ca în toate domeniile patologiei umane.

Pe baza datelor morfologice și funcționale cunoscute ale parodontului, confruntate cu elementele lezionale și de manifestare clinice, histo-patologice și în special radiografice, vom diagnostica, în primul rînd, **aspectul patologic, parodontopatic,** definindu-i **caracterele nosologice.** Apoi vom realiza **o sistematizare anatomo-clinică,** grupînd manifestările parodontopatice, cu aceleași caractere nosologice, **pe categorii.** În acest mod vom realiza **cheia de orientare** în acest domeniu. Astfel, orientarea parodontologului va fi și concludentă și eficientă. Apropiind prin extrapolare, preocupările oncologilor, trebuie să arătăm că atunci cînd vorbesc de un proces și manifestare tumorală, ei nu vorbesc la întîmplare sau confuz despre lipom, sarcom, angiom, chist sebaceu, carcinom, adenom etc., pentru ca apoi etichetîndu-le, fără discernămînt, tumori, să le aplice, fără o prealabilă **gîndire eclectică,** aceleași modalități de tratament fie de exereză, fie fizio-terapică etc. Ar fi un dezastru, cînd pentru un banal adenom sau lipom subcutanat al brațului, fără discernămînt interpretativ și de încadrare, pe principiul exerezelor întinse al tumorilor maligne, s-ar amputa fără nici o rațiune, însăși brațul respectiv, cum ar trebui să se facă dacă formațiunea tumorală ar fi malignă. Oncologii, ca toți cei care au prin activitatea lor preocupări de ordin medical, conform discernămîntului interpretativ, stabilesc sau definesc în sfera patologiei tumorale o sistematizare, clasificîndu-le în **tumori benigne și tumori maligne,** fiecare avînd caracterele lezionale și de manifestare, bine definite. Ca urmare a acestei juste interpretări, fiecărui aspect tumoral îi indică modalități de tratament bine distincte și în strînsă corelație cu caracterele specifice fiecărui aspect anatomopatologic și de manifestare clinică.

Considerăm că această apropiere de patologia tumorală, constituie un exemplu concludent, deoarece și patologia parodontului nu poate avea altă schemă de orientare, decît prin același **obiectiv de discernămînt:** să observe, să studieze și să interpreteze leziunile și manifestările patologice ale parodontului și apoi să le sistematizeze în **categorii parodontopatice,** după cum caracterele leziunilor și manifestărilor res-

Scanned with OKEN Scanner

pective, de la sine, fac să le încadrăm în una sau cealaltă din cele **două mari categorii parodontopatice,** bineînțeles, în afara celor tumorale.

Pe baza acestui principiu cheie, noi am încadrat într-o formă foarte schematică și ușor de realizat, toate manifestările patologiei parodontului, în **trei mari categorii.** În fiecare categorie se găsesc încadrate leziunile și manifestările care au caractere comune unele cu altele și sub aspect etiopatogenic și sub aspect lezional histo-patologic, ca și **sub aspect de manifestare anatomo-clinică.**

Sistematizarea patologiei parodontului
Primul parametru realizat al concepției noastre

PARODONTOPATII

A. PARODONTOPATII CU ASPECT TUMORAL:

Benigne — Gen: epulis, angiomatos, fibromatos, osteomatos etc. și
Maligne — Gen: epiteliomatos și sarcomatos;
— categorie a preocupărilor chirurgiei buco-maxilo-facială.

B. PARODONTOPATII SIMPTOMATICE:

Gingivite: banale, inflamatorii, toxi-inflamatorii, diabetice, gravidice, prin iritații tartrice etc. Leziuni gingivo-alveolare sau ulcerante, prin coroane sau proteze defectuos executate sau aplicate etc.

Osteite, alveolite și **periodontite,** prin microtraumatisme funcționale, ticuri labiale, traumatisme protetice, bruxism etc.

C. PARODONTOPATIA ESENȚIALĂ

Sindrom anatomo-clinic și radiologic; cu aspecte apioreice și pioreice, cu leziuni și manifestări localizate sau generalizate etc.

Această prezentare redă planul de ansamblu al sistematizării metodologiei a întregii patologii a parodontului.

Aspectul anatomo-clinic al parodontopatiilor în categoriile arătate, este corelat cu problemele etiopatogenice care ar face obiectul de discuții în predispoziția, favorizarea sau determinarea leziunilor parodontopatice ca și a manifestărilor clinice corespunzătoare acestor procese lezionale.

În munca noastră de observare, cercetare și asistență, **această sistematizare** a patologiei parodontului, în categorii definit diferențiate din punct de vedere și al modului cauzal de apariție, ca și al celui de manifestare — **corelată cu modalități de asistență care impun principii și metode eclectic aplicate** — constituie bazele unei metodologii care ni se pare nouă foarte schematică și ușor de pus în practică,

Scanned with OKEN Scanner

În acest mod considerăm că este greu ca cineva, chiar cu mai puțin simț de observație sau cu mai puțină experiență, să se poată rătăci în eforturile de cercetare și încadrare, pentru ca apoi pe această bază să administreze asistența eclectică corespunzătoare.

Astfel, strîns legat de o orientare justă, parodontologul mai ales profesionist, **pe criterii de discernămînt morfologic, clinic, anatomo-patologic și radiologic,** nu va putea face erori atunci cînd va stabili în fața unui caz, **ce NU este și ce ESTE,** parodontopatie simptomatică sau parodontopatie esențială.

Folosirea unui discernămînt interpretativ și de sistematizare are și mai mare valoare atunci cînd, cu diagnosticarea și încadrarea manifestată, se stabilesc și indicațiile de tratament în raport direct cu aspectul lezional și de manifestare clinică.

Vom exemplifica în unul din capitolele următoare, pe bază de fișe iconografice, interpretate sub toate detaliile, **ce trebuie să înțelegem prin aspecte parodontopatice simptomatice și ce trebuie să înțelegem prin maladia parodontopatică esențială.** De asemenea, vom completa exemplificările acestor două categorii parodontopatice cu fișe iconografice ale unor aspecte cazuistice reprezentative, apărute la nivelul parodontului, care în activitatea parodontologului sînt eventualități ce pot fi întîlnite și care, prin aspectele lor clinice, pretează la confuzii de interpretare — și pot da loc la unele atitudini de tratament nu numai fără sens, ci chiar și nocive celui în cauză.

Considerații de terminologie. Cum ne găsim în expunerea unor teme metodologice științifice și practice, înainte de a termina cu problemele mai importante ale acestui capitol al discernămîntului, apreciem deosebit de necesar să lămurim și sensul unei terminologii, care nu ni se pare științific aleasă și care se practică în mod curent, mai mult din rutină decît din convingere. Este vorba de practica **terminologiei « parodontopatiei marginale cronice ».**

Nu sîntem de acord să se mai folosească o astfel de terminologie deoarece, din punct de vedere științific și practic o găsim și neîntemeiată și depășită de stadiul progreselor științelor medico-stomatologice.

Este adevărat că urmare unor discuții care au avut loc în lucrările unor reuniuni parodontologice prestigioase, s-a convenit, mai mult arbitrar decît pe criterii întemeiate științific, ca toate manifestările patologice de la nivelul parodontului, fie gingivitice, fie gingivo-alveolare, indiferent de cauzalitate, gravitate, aspect de manifestare etc. — să fie denumite **parodontopatii cronice marginale.** Această terminologie, autorii respectivi o fundamentau mai întîi pe faptul că sediul morfo-lezional și de manifestare (parodontopatie) se află la nivelul **marginii** conformației parodontului, și în al doilea rînd, pentru faptul că de cele mai multe ori, aceste aspecte patologice, în practica curentă stomatologică, se întîlnesc sau sînt depistate cu oarecare aspecte **cronice.**

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, pe principiul folosirii acestei terminologii, s-a convenit ca orice leziune și manifestare a marginii gingivale de **natură iritativă** — prin tartru dentar sau printr-o noxă oarecare (mercur, bismut, plumb etc.) — deși deseori o asemenea gingivită debutează **acut și cu fenomene dramatice** (inflamație, edematierea mucoasei și papilelor gingivale, dureri, febră, adenopatie loco-regională, V.S.H. crescut, hemograma modificată, stare generală proastă etc. etc.) să fie denumită **parodontopatie marginală cronică.**

De asemenea, o leziune a marginei gingivale **de natură inflamatorie,** prin diverse cauze cunoscute (lipsă de igienă bucală, existența unor distrucțiuni masive odontale, în tabloul evolutiv al maladiilor febrile, pioemice sau contagioase etc.), complicată sau nu cu o discretă leziune a marginei osului alveolar, deși uneori îmbracă puseuri cu aspecte acute să fie intitulată **parodontopatie marginală cronică.**

Tot așa și o leziune a conformației paro.'ontului (gingivală, sau a osului alveolar, inclusiv ligamentele, — fie separate, fie în ansamblu) de **natură traumatică** (accidente ulcerative) **sau microtraumatică** (prin dezechilibru ocluzo-articular, acte funcționale defectuoase sau ignorate, ticuri labio-odontale, folosirea unor elemente protetice greșit concepute sau defectuos executate sau aplicate etc.), să fie denumite tot **parodontopatii marginale cronice.**

Toate aceste eventualități (leziunile și manifestările respective) legate de cauze cunoscute sau ușor depistate la investigațiile celui care le examinează, este știu, se vindecă sau se ameliorează rapid, chiar după îndepărtarea factorului cauzal, fără să mai vorbim de faptul că prin unele măsuri de asistență elementară, care se practică în mod curent, ele se vindecă în mod spectacular.

Dar ceea ce este mai grav, este faptul, că în cadrul nosologic al acestei terminologii, se comite o gravă și regretabilă confuzie, care poate aduce după ea grave implicații, mai ales sub aspect terapeutic. **Este faptul că prin aceeași terminologie, sînt etichetate fără un discernămînt clinic, radiologic** etc. **și procesele cu manifestările disbiotrofice evolutive gingivo-alveolare pe fondul apatiei vitale organice,** aspecte parodontopatice care **numai aparent sînt și marginale și cronice,** căci în realitate leziunile structurale ale parodontului sînt fenomene parodontopatice de profunzime, care evoluează mult mai dramatic decît le arată aspectul sub care se prezintă. **De aceea ele sînt depistate, diagnosticale și studiate numai prin imaginile radiografice ale osului alveolar.** Acestea reprezintă manifestările **parodontopatice esențiale** care, sub nici un motiv, **nu trebuie confundate cu manifestările simptomatice** — (arătate mai aus) **și nu li se poate atribui terminologia « marginală cronică »** deoarece această formă parodontopatică, **cu totul particulară** atît prin evoluția ei, care duce la unele grave implicații medico-economico-sociale, cît și prin tratamentul mult mai complex pe care îl necesită în raport cu al aspectelor « simptomatice », **reprezintă adevărata maladie a parodontului** și nu o afecțiune « marginală cronică », denumire atribuită arbitrar, general și confuz.

Scanned with OKEN Scanner

Ținem să subliniem, un fapt asupra căruia vom mai reveni, că **ignorarea discernământului de interpretare, sistematizare și încadrare a fiecărui aspect parodontopatic cu specificarea categoriei și cauzalității fie definită** (pentru cele simptomatice), fie cu cauze deși încă ipotetice și mult discutate, dar prezentînd aspecte anatomo-patologice disbiotrofice și cu manifestări clinice și radiologice particulare, **patognomonice bine conturate și încadrate,** care reprezintă parodontopatia esențială, **poate duce la grave implicații,** nu numai sub aspect interpretativ, dar mai ales terapeutic, așa cum am întîlnit și observat de multe ori, în îndelungata noastră activitate stomatologică și parodontologică.

De aceea, pe considerațiile de mai sus, propunem în mod stăruitor să se folosească următoarea terminologie, prin criteriile ei etiopatogenice și mai ales anatomo-clinice și radiologice care ni se pare cea mai îndreptățită și concludentă.

Astfel denumirea de **parodontopatii simptomatice** trebuie să fie atribuită unor **cauze cunoscute,** de cele mai multe ori locale, buco-odontale, **cu specificarea factorului cauzal** corespunzător leziunii și manifestării respective. Adică, spre exemplificare, — ori **parodontopatie gingivitică prin iritație tartrică** (cînd aceasta este provocată de tartrul dentar), fie că este acută sau cronică; ori **parodontopatie gingivo-alveolară inflamatorie** (cînd cauza este un factor inflamator local sau general) sau **toxi-inflamator** (de natură mercurică, bismutică etc., accidentală, profesională sau prin tratament medical); ori **parodontopatie osteoalveolară** (prin microtraumatisme ocluzale, protetice, accidentale etc.).

Atunci cînd aspectul patologic **nu este atribuit** nici unei cauze din cele de mai sus menționate, să se dea denumirea de **parodontopatie esențială** disbiotrofică evolutivă, localizată, generalizată, pioreică, apioreică, cu hipertrofie hiperplazică a marginii mucoasei gingivale etc. Adică formă parodontopatică subordonată sau **atribuită unei pluralități de cauze organice,** deosebit de complexe și cu multe enigme, ceea ce face să fie foarte discutate, chiar controversat, considerîndu-le, în ansamblul lor în orice caz, mai mult pe baza unor elemente ipotetice, decît pe baza unor date și teste certe și verificabile (așa cum impun principiile cercetării și confirmării realizărilor științifice). Ele fiind **favorizate de o predispoziție organică fie genetică, fie căpătată** în viață, precum și **provocate de stări disfuncționale** interventive prin diverse cauze, în unele compartimente vitale organice, în care circumstanțe un rol preponderent îl au, cu **efecte incitatorii,** multitudinea **factorilor stress**-anți ai condițiilor de viață și mai ales de activitate.

Considerăm această terminologie, de aceea o și recomandăm ca dialectic fundamentată și foarte practic de folosit, pe baza unor elemente care, în linii generale, au fost expuse în volumul « Parodontopatia esențială », iar în parte, în completare, vor mai fi expuse și în continuare în această lucrare.

Scanned with OKEN Scanner

B. Principiul eclectismului metodelor de asistență în practica parodontopatiilor

Nesocotirea **eclectismului terapeutic în principiile și metodele de asistență parodontologică,** care să fie aplicate în strînsă corelație cu realitatea elementelor patologice, atît lezionale, cît și de manifestare clinică a dat loc, pe parcursul anilor, începînd de la Fauchard, **prin teorii sofisticate de interpretare,** la zeci și zeci de modalități cu principii și metode de tratament, dintre care unele, în anumite împrejurări, nu au nimic comun cu elementele patologice cărora li se adresează.

Facem această afirmație, pe baza unui bogat material documentar, adunat prin observații pe fapte concrete, pe care împrejurările ne-au favorizat să le vedem personal, fie în Italia, fie în Franța și în alte părți, unde așa cum se știe, aceste probleme sînt **practic orientate pe coordonatele concepției localiciste.**

Pentru a face mai explicite gîndurile și preocupările noastre, luăm un exemplu, **un model biologic cazuistic creat.** Un caz cu o afecțiune parodontopatică, se prezintă la o consultație într-un Serviciu de Parodontologie. Vom trece cu el prin toate eventualitățile sub care s-ar prezenta și încadra nosologic afecțiunea sa, situîndu-l rînd pe rînd în eventualitățile din capitolul cu fișe iconografice, de la cele mai simple aspecte, pînă la cele mai complicate, pentru a demonstra la ce eșecuri și implicații atît pentru cel ce consultă, ca și pentru pacient ar putea duce **confuzia în interpretarea cazului și nesocotirea importanței principiului electismului în aplicarea unei modalități de tratament în strînsă corelație cu realitatea patologică.**

Cazul X, se prezintă la consultație pentru manifestări parodontopatice, apărute la nivelul gingiei și solicită asistență de specialitate. Iată cîteva date rezumative din fișa sa: vîrsta, 25 de ani, căsătorit, fără copii, muncitor manual necalificat; nu lucrează în mediu toxic. Condiții de viață materială modeste, dar fără a fi chinuit de griji, șocuri emotive etc. Somato-funcțional — relativ bine dezvoltat; fără alte antecedente ereditare sau patologice. **Buco-odontal,** prezintă mucoasa gingivală marginală, ușor inflamată și hipertrofiată, roșie-cianotică și sîngerîndă la cea mai simplă atingere, ca și la masticație sau la explorările examinatorii ale parodontului. Nu prezintă nici denudări la nivelul coletelor și nici pungi pioreice cu secreție. Ocluzie psalidodontă. Depistăm, prin **examenul odontologic,** două distrucții odontale (46—36) sub formă de resturi radiculare, lipsește din arcada odontală 26. Igiena bucală totalmente neglijată. O halenă de gură neîngrijită. De asemenea, din cauza distrucțiilor și a lipsei odontale, prezintă unele discrete migrări odontale ale dinților antagoniști. Acestea sînt datele reținute din examenul stomatologic al pacientului respectiv.

Acum să vedem din cele observate de noi, ce se întîmplă cu pacientul mai departe, în timpul și după consultație.

Fără un examen radiografic **meticulos analizat** (pacientul avînd cîteva radiografii deja făcute), i se pune conform rutinei profesionale, diagnosticul de **parodontită**

Scanned with OKEN Scanner

marginală cronică. Apoi, deoarece pacientul a venit să solicite asistență de specialitate, față de acest diagnostic pus fără alte preocupări de discernămînt, bazat pe criterii clinice, radiologice, anatomo-patologice și biologice, i se aplică în vederea tratamentului una din următoarele 4 modalități de asistență, acestea fiind în funcție, în special, după punctul de vedere al specialistului în interpretarea și tratamentul acestor manifestări:

1. Dacă acest confrate prin pregătirea sa nu deține îndemînarea mai ales în mînuirea instrumentelor chirurgicale (bisturiu, foarfece, port-ac etc.), el, în vederea asistenței care vizează leziunile și manifestările respective, **adept al teoriilor localiciste în această materie,** supune pacientul în primul rînd, la un detartraj meticulos, fie manual, fie ultra-sonic, în ședințe repetate, la 2, 3 zile, pînă cînd constată că a îndepărtat orice concrețiune din spațiile gingivo-odonto-alveolare. Apoi, în completare, este vizată dezinfecția gingiei prin diverse substanțe dezinfectante sau sclerozante, aplicate sub formă de badijonări, instilări, **spray-uri** etc. la nivelul zonelor respective. În cazul cînd aspectul patologic persistă și după această gamă de acte terapeutice, nefiind prea mult influențat de tratamentul administrat mai sus, se recomandă în afară de **o igienă bucală foarte riguros efectuată** prin periaj, pastă de dinți și apă de gură, și **infiltrații locale** dezinfectante și sclerozante cu diverse substanțe chimioterapice înfiolate, pe care industria farmaceutică mondială le-a creat în vederea acestui scop.

După un asemenea tratament, uneori suficient de îndelungat se întîmplă ca la pacientul de mai sus, manifestările pentru care solicitase asistență, să fi dispărut, fără tendința la recidivă în timp. Succesul terapeutic este astfel realizat și cel în cauză se poate considera satisfăcut.

2. Dar, într-o altă eventualitate, în cazul X în a cărui fișă de mai sus, i-am enumerat elementele patologice odonto-parodontale, — cu toată grija care s-a avut în administrarea diverselor mijloace de asistență aplicate și arătate la punctul 1, se constată că manifestările parodontale pentru care el solicitase consultație și asistență nu se vindecă, ci prezintă numai o minimă ameliorare. În fața acestui aspect, specialistul își pune o firească întrebare. De ce acest eșec? Cum de într-o împrejurare patologică oarecum asemănătoare modalitățile de tratament aplicate au dat rezultate eficiente și concludente și în cea de față, deși prezintă oarecum aceleași elemente clinice de manifestare, pacientul nu beneficiază decît doar într-o măsură superficială și foarte trecătoare?

Aici încep **ipotezele** care dau loc la **multitudinea teoriilor de interpretare și încercărilor de explicare a eșecurilor constatate.** Aici intervin **teoriile etiologice de circumstanță.** Unii susțin că la baza declanșării maladiei s-ar găsi existența unei plăci bacteriene **(plaque bacterienne),** adică a unei colonii microbiene în placă, pe suprafața smaltului, care prin extindere spre marginea mucoasei gingivale, întreține și agravează leziunea marginală cronică, care, în vederea unei asistențe eficiente, trebuie

Scanned with OKEN Scanner

să fie numaidecît asanată cu multă meticulozitate prin aplicarea unui **periaj ştiinţific tehnic şi sistematic aplicat,** folosindu-se o gamă variată de substanţe cu acţiune dezinfectantă. Alţii, **creează ipoteza factorului traumatic ocluzo-articular,** în sensul că la originea cauzală ar fi sau unele discrete microtraume inter-ocluzale, care în actele funcţionale ar provoca atare leziuni, sau unele vicii şi ticuri buco-odontale, care prin rezolvarea lor, ei consideră că ar duce la vindecarea manifestărilor patologice etc. Deci teorii ipotetice care au dus la crearea şi încercarea experimentală a zeci de noi şi noi acte de tratament, a căror eficienţă la sfîrşitul aplicării lor, **a rămas iluzorie, deoarece, ignorîndu-se principiul discernămîntului interpretativ pe criterii definite sub aspect clinic şi mai ales radiografic, s-a ignorat şi neglijat** şi eventualitatea rolului factorilor favorizanţi şi determinanţi ai acestor leziuni şi manifestări care ar fi **putut fi alţii decît cei locali** şi care trebuiau luaţi în consideraţie şi puşi în practică atunci cînd se examina cazul. Dar cum asemenea factori parodontopatogeni nu se găsesc expuşi şi apreciaţi ca importanţă, **în cadrul concepţiei localiciste,** în consecinţă în cazul în speţă nu s-a aplicat modalitatea de asistenţă corespunzătoare. Şi atunci, după atîta timp pierdut, cheltuieli şi suferinţe inutile, pacientul este pus în faţa unui prognostic fatal, plin de dezamăgiri: « parodontopatia Dv. prezintă o formă incurabilă, unde nu este nimic de făcut; menajaţi-vă pe cît posibil dantura, mai ales în eventualitatea cînd dinţii încep să se mişte, iar dacă ei devin prea supărători — extracţii şi protezare mobilă, prin plăci scheletate sau simple de acrilat, proteze care asigură funcţiile bucale, în condiţii satisfăcătoare! ».

Proteză deci; după 1 an alta, după 3 ani altele şi tot aşa tot restul vieţii! Adică cel în cauză, deşi s-a sesizat la timp şi cu multă îngrijorare vine şi solicită asistenţă salvatoare, devine tributar al gurii sale toată viaţa, nemaisocotind mariie necazuri pe care i le provoacă veşnica mobilitate a elementelor protetice, care la scurtă vreme după ce au fost confecţionate şi aplicate, devin mobile!

Din aceste constatări de ordin practic şi sub aspect teoretic şi ştiinţific apar o serie de probleme deseori foarte controversate, nu numai de discutare a cazului şi interpretare a tuturor elementelor de manifestare patologică, ci şi de analiză a diverselor tatonări terapeutice, punîndu-se o problemă fundamentală — de ce unele aspecte parodontopatice beneficiază de modalităţile expuse mai sus, iar altele nu, deşi în linii generale şi prima şi celelalte ar prezenta oarecum manifestări similare? Aici este marea lacună! Această confuzie şi labirintul vast de teorii de interpretare şi metode de tratament, **considerăm noi că se datoreşte unui absolutism prea obstinat, al partizanilor concepţiei localiciste.** Deoarce aceştia nu **practică studierea cazurilor pe criteriile complexe organice generale, coroborate cu cele locale, ale unui discernămînt de interpretare, de sistematizare şi de încadrare a cazului studiat, în una din cele două mari categorii parodontopatice: « simptomatică », adică legată de un element cazual definit, sau « esenţială »** datorită **factorilor organici şi stress-anţi ai condiţiilor de viaţă şi activitate.** Pentru că numai după ce a fost stabilit cu certitudine cadrul nosologic al aspectului de manifestare, adică după ce

Scanned with OKEN Scanner

a fost studiat aspectul patologic, să se aplice la cazul în speță, modalitatea de tratament cea mai indicată, față de aspectul lezional și manifestările respective.

3. În cea de a treia eventualitate, același caz X. este consultat din întîmplare de un alt specialist, dar care prin pregătirea sa are mai multă îndemînare în mînuirea instrumentelor operatorii. Acesta, și el la rîndul lui, fără a aprofunda problema unui diagnostic parodontopatic, care să fie în strînsă corelație cu realitățile patologice și gravitatea manifestărilor, fără a fi bazat pe elemente certe clinice, corelate cu cele radiografice, stabilește fără prea multă ezitare, indicații operatorii, **tratînd elementele de manifestare ale afecțiunii printr-un act operator.** Fie urmărind îndepărtarea produsului de secreție pioreică din spațiile gingivo-alveolo-odontale, prin chiuretaj subgingival, fie îndepărtarea gingiei marginale și a proceselor sale interodontale inflamate și hipertrofiate, printr-un act operator mutilant denumit **gingivectomie;** alteori, cînd acest specialist prin explorări parodontometrice constată că spațiile gingivo-alveolo-odontale au devenit prea profunde, pungi în care se găsește o secreție pioreică, preconizează, în vederea unui chiuretaj al țesutului patologic, operația **așa-zisă cu lambou — creată de Neumann-Widman.**

Considerăm nimerit să menționăm aci și alte acte operatorii, care, prin ineficiența aplicării lor, devin și ele iluzorii, pe temeiul acelorași considerații. Acestea sînt aplicate fără discernămînt interpretativ și fără eclectism terapeutic, lipsind concordanța acestor tentative terapeutice cu realitățile patologice ale parodontului.

Astfel, pentru unele manifestări, cînd pacientul se adresează specialistului, alarmat de unele denudări ale coletului dinților, delimitate mai ales la grupurile frontale, unii chirurgi parodontologi pentru a opri în mod preventiv agravarea denudării, preconizează și aplică unele operații, de asemenea lipsite de orice rațiune științifică, cum sînt: **secțiunea frenurilor și coborîrea** (aprofundarea) sau **urcarea** (la arcada frontală mandibulară) a fundurilor de sac, operații denumite **frenotomii cu vestibuloplastii.** Dacă din întîmplare după un interval de cîteva luni de la astfel de operații, leziunile au dispărut și nu mai apare nici o altă recrudescență parodontopatică, se consideră categoric că metoda a dat rezultate și că pacientul indubitabil a beneficiat de actul operator. Dacă însă leziunile au reapărut la scurt interval după operație și cu aceleași caractere, de data aceasta, pacientului i se explică că teama de a-și pierde dinții prea timpuriu și pentru care i s-a încercat tot ce s-a putut, este îndreptățită, deoarece altceva nu i se mai poate face, așa că i se recomandă aceleași sfaturi expuse în eventualitatea precedentă.

De asemenea, și acești confrați preocupați unii dintre ei și cu cercetări științifice, își pun probleme, care sînt cu totul nelămurite. Și anume: de ce în unele cazuri, aceste operații fac să dispară definitiv leziunile și de ce în alte cazuri cu manifestări aproape similare, aceleași operații nu realizează scopul aplicării lor. Nu mai insistăm în a explica substratul eșecurilor, căci din cele expuse mai sus avem certitudinea că cititorul acestor considerații le-a înțeles foarte bine, **ca fiind atribuite nesocotirii discernămîntului de interpretare, încadrare și sistematizare,** ca și **neapli-**

Scanned with OKEN Scanner

cării modalităţilor de tratament eclectice, în raport cu realitatea patologică, natura și gravitatea stadiului evolutiv.

În ceea ce privește aplicabilitatea practică a metodelor operatorii ce trebuie să se efectueze în raport cu fiecare aspect parodontopatic, le vom discuta mai jos, atît ca indicații, cît și ca valoare terapeutică pentru fiecare în parte.

4. Același caz X, prin necazurile sale odonto-parodontale, situat în altă eventualitate, ajunge să fie consultat de un alt specialist, care nu este chirurg, dar care pretinde că tratează cu rezultate satisfăcătoare prin alte modalități decît prin cele enunțate mai sus. Și acest confrate, din păcate, pe baza unor criterii superficiale, pune același diagnostic, de parodontopatie marginală cronică.

Ce face acesta? Nu ignorează valoarea terapeutică a igienii bucale, pe care și el o aplică prin toate mijloacele: periaj, dezinfectante etc. Nu nesocotește rolul nefast al concrețiunilor tartrice în spațiile gingivo-alveolo-odontale. Administrarea ultrasunetelor pentru îndepărtarea tartrului o aplică cu grijă și meticulozitate. Dar cum acest specialist constată, la cazul în discuție, un oarecare **dezechilibru ocluzo-articular,** care în concepția sa, el fiind partizan localicist, este constatat foarte frecvent în tabloul clinic al manifestărilor parodontopatice, fără a-și explica fundamentat științific și fără să țină seamă că acest dezechilibru ar putea surveni și din multiple alte cauze, consideră în primul rînd, că **această disgnație** a arcadelor odontale, ar avea un rol preponderent în declanșarea stărilor parodontopatice. Acest confrate ignorează că în afară de eventualitatea unor edentații parțiale, urmate de migrări odontale, dezechilibrul ocluzo-articular, **poate fi provocat de evoluția proceselor disbiotrofice ale osului alveolar,** deci **tocmai contrariu** de ceea ce susțin partizanii concepției localiciste. De aici rezultă și pornește și eroarea de tratament, prin care el o consideră axiomatic ca o terapie eficientă în aspectele parodontopatice, aplicînd în primul rînd o **reechilibrare sistematică a raportului ocluzo-articular.** În vederea acestei reechilibrări ocluzo-articulare, pe bază de amprente și reproducere a arcadelor pe machete, sînt studiate și marcate mai întîi punctele prioritare de contact, care în ocluzie ar determina microtraume. Aceste traume la rîndul lor, prin suprasolicitări funcționale sau neurotice etc., ar favoriza apariția leziunilor în structura parodontului. Odată marcate aceste puncte traumatizante, preconizează științific o **șlefuire așa-zisă funcțională sau selectivă,** prin decuspidarea arcadelor odontale pe toată întinderea lor, modalitate științific etichetată « coronoplastie », deși prin acest act, se distruge și Nu se construiește zona coronaro-odontală.

Deci pacientul, urmare unui diagnostic prea ușor stabilit, fiind supus unei astfel de modalități de tratament odontal, vine cu un necaz și termină tratamentul cu două, care sînt deopotrivă de plictisitoare pentru funcțiile cavității bucale. Afirmăm cu anticipație (căci vom mai trata **in extenso** această problemă, cu exemple, atunci cînd vom explica fișele iconografice) că șlefuirea așa-zisă selectivă o considerăm un act de **mutilare odontală.** Ea are uneori indicații, **dar nu ca tratament**

Scanned with OKEN Scanner

al stărilor parodontopatice, ci **ca scop corector,** în fenomenele disgnotice. Deoarece, deseori, în tabloul parodontopatic esențial evolutiv, constatăm migrări odontale, drept **consecințe ale evoluției proceselor disbiotrofice gingivo-alveolare,** uneori ele jenînd nu numai funcțiile dar și aspectul estetic, de aceea în astfel de împrejurări șlefuirea se impune, dar aici ea nu are altă rațiune decît doar de a **corecta o migrare** a unui dinte sau grup odontal frontal, inestetică și disgrațioasă, sau cînd, dintele migrat prin situația sa, jenează actele funcționale buco-odontale. Dar numai atît.

În linii mari, din ceea ce am văzut și reținut, chiar din activitatea parodontologică desfășurată în unele din cele mai mari Centre stomatologice din diverse țări cu un nivel înalt medico-stomatologic, **cam una din cele 4 modalități de asistență se aplică manifestărilor parodontopatice.** Aceste alegeri aplicative sînt în funcție, în special, de modul cum este conceput interpretativ procesul patologic, de modul cum se întocmește observația și consemnarea leziunilor și manifestărilor respective, precum și de pregătirea și manualitatea chirurgicală a celui care este chemat și pus să trateze asemenea stări parodontopatice, prin diverse metode, pe care ținem să subliniem că în activitatea noastră și științifică și de ordin practic **nu le ignorăm** căci considerăm că și ele au rolul și valoarea lor **dar numai atunci cînd ele au indicații eclectic aplicate,** pe cazuri diagnosticate după un discernămînt clinic, radiologic și biologic bine stabilit, și nu oricum și la întîmplare.

Lipsa discernămîntului în stabilirea unui diagnostic concludent în concepția « localicistă » se resimte și prin faptul că din această cauză survin implicații grave, mai ales atunci cînd se pune problema găsirii și stabilirii unei modalități de tratament **prin aplicarea în mod eclectic** a unuia din **principiile** sau **metodele de tratament** care să **vizeze aspectul patologic real și în complexitatea sa și nu numai prin atacarea unui simptom,** cum ar fi: inflamația gingivală sau mobilitatea odontală sau migrarea cu consecințele ei ocluzo-articulare etc.

În cele ce urmează, vom analiza, din sutele de modalități de tratament care se cunosc, unele dintre actele terapeutice mai importante, care se practică actualmente în mod curent în asistența manifestărilor parodontopatice, și care, unele dintre ele, au fost menționate în una din cele 4 eventualități exemplificate mai sus. **Facem această analiză pentru a preciza locul unde astfel de acte terapeutice, după părerea și experiența noastră, sînt indicate să fie eclectic aplicate în patologia parodontului,** precum și gradul de eficiență care este realizat prin aplicarea lor. Vom vorbi despre ele numai foarte sumar, fără a le descrie tehnica de aplicare în practica curentă, deoarece detaliile descrierilor lor, se găsesc redate aproape în toate tratatele de specialitate.

Aceste modalități, în raport cu frecvența aplicării și importanței lor, sînt:

1 — **detartrajul;**

2 — **periajul odontal și masajul gingival;**

Scanned with OKEN Scanner

3 — s p r a y-urile;
4 — badijonajele și infiltrațiile locale;
5 — chiuretajul subgingival;
6 — gingivectomia și operația cu lambou;
7 — frenotomia și vestibuloplastiile;
8 — operațiile recesante;
9 — șlefuirea selectivă sau funcțională.

1. Îndepărtarea tartrului dentar (detartrajul)

Detartrajul? Desigur și acest act al îndepărtării concrețiunilor depozitate cu predilecție în zonele gingivo-odontale frontale inferioare (zonă favorizantă prin declinul pronunțat, la acest nivel, al planșeului) are o importanță și o semnificație deosebită în preocupările unei asistențe stomatologice, bine dirijată.

În asistența obișnuită stomatologică, acest act este preliminar oricărei igiene bucale supravegheate. Este premergător tuturor actelor sau tentativelor operatorii care urmăresc rezolvarea terapeutică a oricărei probleme odontale, gingivo-alveolare sau de chirurgie buco-maxilară.

În vederea elementarei asanări buco-odontale, cum ar fi: în tratamentul și obturația cariilor odontale, în extracțiile resturilor radiculare, în pregătirile buco-odontale pentru aplicări protetice, în vederea aplicării unor acte operatorii mai complexe, fie asupra gingiei (gingivo- sau vestibuloplastii, operații recesante etc.), fie asupra focarelor pariapicale, a osteitelor alveolare etc., în vederea tratamentelor unor gingivite provenite prin intoxicații accidentale, profesionale, medicamentoase sau în evoluția maladiilor febrile etc., cu îndepărtarea tartrului se începe tratamentul de asanare buco-odontală. Acest detartraj este executat așa cum este descris în cele mai mici detalii, în toate manualele de specialitate, fie prin folosirea utilajului ultrasonic existent în comerț sub diverse modele și tipuri de fabricație, fie manual prin folosirea a numeroase modele de instrumente și perii de netezire a suprafețelor rugoase, rămase după îndepărtarea tartrului.

Dar, de la asemenea aplicații ale unor acte de detartraj elementare și inerente igienei bucale și pînă la teoriile partizanilor concepției localiciste, în care tartrul dentar prin prezența sa în fundurile de sac gingivo-alveolo-odontal, ca și prin fenomenele iritative și inflamatorii pe care le-ar provoca la acest nivel, **ar prezenta un factor cauzal de prim ordin în determinarea unui mare procentaj de parodontopatii, fără a se specifica categoria din care fac parte asemenea manifestări parodontopatice,** considerăm, fără rezervă, că este o foarte mare distanță. În aceasta constă greșala care creează în această problemă o abatere de la pista realităților biologice și patologice, comițîndu-se o gravă eroare atunci cînd se ignorează discernămîntul interpretativ, pe baza criteriilor sale, fapt care duce la administrarea unor modalități

Scanned with OKEN Scanner

de tratament **necorelate** cu realitățile lezionale și de manifestare patologică. Pe ce ne bazăm cînd insistăm în a repeta aceste afirmații de mai sus și a combate teoria iritativă tartrică în etiopatogenia parodontopatiei esențiale?

În primul rînd, depozitele tartrice în special moi și mai rar cele serice (dure și foarte aderente de suprafața smalț-ciment), se întîlnesc cu predilecție în **zona grupului frontal inferior,** zonă care, prin declinația planșeului, este cea mai frecvent expusă spre a se depune, sub acțiunea a diverși factori chimici și mecanici. Apoi aceste depozite de la acest nivel, neglijate în timp, prin iritația marginală a gingiei, vor provoca o inflamație lentă și cronică a mucoasei, care uneori, edemațiind gingia marginală prin procesul de inflamație cronică, va agrava fenomenele patologice, limitate la zona respectivă a tartrului, creînd, uneori, pe socoteala fundurilor de sac, mici abcese identice pungilor pioreice, din care, prin exprimare, se elimină o secreție seropurulentă, cu fragmente de tartru, resturi de țesuturi și alimente, relativ mirositoare, dar **în nici un caz cu caracterele foetorului** din manifestările «esențiale» ale **abiotrofismului proceselor disbiotrofice.**

În al doilea rînd, acest aspect patologic reprezintă nosologic, **tot parodontopatie.** Dar, științific, subliniem că această parodontopatie face parte **din categoria parodontopatiilor simptomatice,** deoarece manifestările ei sînt atribuite factorului cauzal tartric, în primul rînd, și, în al doilea rînd, ele **sînt localizate sau limitate** numai în zona corespunzătoare depunerilor tartrice și nu pe toată întinderea arcadelor, unde în mod normal nu se găsesc astfel de depuneri.

Iar în al treilea rînd, anticipînd, atunci cînd este vorba de tratament, asemenea manifestări parodontopatice sînt remediate prin cele mai elementare modalități: detartraj, completat cu măsuri de igienă bucală obișnuite. Fapte care **în aspectele parodontopatice esențiale spre a nu se face confuzie, se petrec cu totul altfel și anume:** în primul rînd, procesele sînt de natură disbiotrofică evolutivă esențială, deci nu sînt legate nici de zona cu punctul cel mai decliv al cavității bucale și nici de existența unor precipitații tartrice fie ele oxalate, serice etc., a căror existență în raport cu apariția leziunilor esențiale, o considerăm facultativă. Asemenea procese « esențiale », cu manifestările respective clinice, cînd ele apar, pot fi depistate ca evoluție în orice zonă de pe arcadele parodontale, sau pe toată întinderea ambelor arcade. Apoi sînt cazuri cu manifestări grave «esențiale», unde nu există nici cea mai mică urmă de concrețiune tartrică, precum și eventualități patologice inverse, există cavități bucale cu o igienă bucală total delăsată, cu resturi radiculare, cu depozite de tartru impresionante, nu numai în zona cu maximă declinație ci și în alte zone în care prin anumite defecte masticatorii existente, suprafețele molarilor și premolarilor respectivi, sînt încărcate cu tartru moale, galben-gris și ușor detașabil și, totuși, atît clinic, cît și radiologic, pe asemenea arcade nu depistăm nici cea mai discretă leziune disbiotrofică a osului alveolar care să ne facă să ne gîndim la manifestări parodontopatice esențiale în evoluție.

Scanned with OKEN Scanner

Totuși, trebuie să evidențiem faptul că și în manifestările parodontopatice de natură tartrică uneori radiografic observăm leziuni ale osului alveolar. Dar, subliniem că leziunile marginale ale osului alveolar survenite **prin leziunile iritative-inflamatorii,** provocate de tartru, atît radiografic, **cît și histo-morfologic, au caractere particulare de tip osteitic,** de care trebuie să ținem seama cu deosebit discernămînt atunci cînd căutăm să interpretăm aspectele microscopice sau imaginile radiografice, pentru a pune un diagnostic diferențiat, al aspectelor « simptomatice » în raport cu cele « esențiale ». Dacă examinăm cu atenție aspectul imaginilor radiografice de pe fișele iconografice Nr. 17 și 18, din partea a II-a a acestei lucrări, constatăm existența depozitelor de tartru pe segmentul coletului odontal, precum și o ușoară denudare a segmentului radicular, iar osul alveolar (cel mai important element) este și el lezat. Septurile sînt ciupite și reduse în înălțime. Dar aceste leziuni **NU sînt de tip osteolitic în estompare ca cel existent în aspectele evolutive disbiotrofice, ci de tip osteitic.** Aici conturul osului alveolar marginal, în fața elementului agresiv-iritativ și inflamator, **reacționează,** fenomen care duce la realizarea **unei bare de osteo-condensare delimitatorii,** bine evidențiată pe imaginile radiografice. Un astfel de **fenomen de reactivitate** în procesele « esențiale » disbiotrofice **nu există,** din cauza fenomenelor de **« apatie vitală organică »** care domină tabloul evolutiv al proceselor disbiotrofice. Din această cauză, în apatia vitală organică, țesutul osos de vecinătate se află într-o stare de **totală indiferență reacțională.** El rămîne **apatic,** lăsînd fenomenele osteolitice să evolueze mai lent sau mai brutal, după cum îl întrețin diversele stări disfuncționale neuro-vegetative, dismetabolice și circumstanțele **stress**-ante ale condițiilor mediului de viață și de activitate.

Această diferențiere făcută mai ales pe criteriul radiografic al discernămîntului în interpretare și sistematizare, noi îl considerăm de cea mai mare importanță în problema negării atribuirii unui rol cauzal al tartrului dentar în manifestările parodontopatice esențiale.

2. Periajul odontal și masajul gingival

Periajul odontal? Așa este denumit și cunoscut în practica curentă. Un act mecanic de periaj al arcadelor odontale, completat și facilitat cu o pastă de dinți combinată din mai multe substanțe, act care ajută la efectuarea și întreținerea zilnică a igienei buco-odontale. Ca și detartrajul și acest act se găsește descris în toate manualele de specialitate, sub toate detaliile tehnice și ca ustensile — perii dentare de toate formele și modelele, paste de dinți, ape de gură etc. Noi nu vom insista asupra lor, deoarece ar însemna să repetăm ce s-a mai spus. Dorim, însă, să subliniem pentru a scoate în evidență **unele exagerări care credem noi că denaturează rolul acestui act,** absolut necesar de altfel pentru igiena bucală, dar căruia i se atribuie o importanță terapeutică pentru anumite manifestări parodontologice, care ni se pare lipsită de seriozitate.

Scanned with OKEN Scanner

Am asistat la consultații pentru afecțiuni parodontopatice în mari și reputate Centre stomatologice, cînd pacientul era examinat indiferent pentru ce, fie pentru o simplă denudare apărută la nivelul coletelor în zonele canine — zone care așa precum se știe sînt predispuse morfologic, prin bosele și curburile alveolare, să proemine arcadele parodontale, ceea ce face ca prematur să apară, la acest nivel, mai discrete sau mai accentuate denudări — fie pentru un lizereu gingivitic banal, cauzat prin neîngrijire bucală, sau pentru o inflamație a mucoasei gingivale în zona frontală inferioară, agravată de existența unor mari depozite de tartru în zona respectivă, fie pentru o stare manifestă, generalizată pe toată întinderea arcadelor odonto-alveolare cu gingivită și pungi pioreice, ici și colo migrări odontale, cu mobilitate odontală, foetor foarte urît mirositor (specific stărilor parodontopatice esențiale) etc. și, indiferent pentru ce venea bolnavul, deci fără discernămînt, pe machete reprezentînd arcade odonto-parodontale, special făcute în acest scop, i se dădeau instrucțiuni detaliate, de modul cum și cînd trebuie să-și facă igiena buco-odontală, **dar într-o formă mult exagerată.** Ca orice act exagerat, considerăm că el depășește cadrul unor preocupări medico-stomatologice serioase! De ce? Pentru că, în primul rînd, înaintea prescrierii oricărui act de asistență, nu a fost mai întîi clarificat, pe baza unui discernămînt de interpretare și sistematizare, ce formă, ce aspect parodontopatic prezintă pacientul. Lui i se dădeau instrucțiuni atît de detaliate și categorice, încît cel suferind de manifestări « esențiale » era convins că acest act al periajului ar rezolva toată îngrijorarea pentru care solicitase consultația! Că era o simplă denudare de pre- sau senilitate, sau deja o consecință a unui periaj abuziv, sau că era vorba de o simplă sau mai gravă afecțiune gingivo-alveolară, pacientului i se prescria același lucru: periajul tehnic și sistematic, dimineața, seara la culcare, ca și după fiecare act de alimentație. În această problemă, denaturată ca valoare și importanță terapeutică, au fost realizate și numeroase filme de popularizare a acestui act, care au reținut atenția participanților, chiar și la desfășurarea multor Congrese de specialitate.

În ultimii ani, o nouă teorie vine să dea o importanță mai deosebită și chiar pe baze științifice, acestui periaj.

Este teoria **plăcii bacteriene.** Această teorie a fost elaborată **ca factor etiopatogenic al parodontopatiilor marginale,** atribuind astfel periajului odontal o valoare și mai deosebită, în sensul că prin aplicarea lui tehnică, nu numai ar fi un act de igienă bucală, dar chiar un act terapeutic, el reducînd la maximum procentual numărul bacteriilor piogene din zonele gingivo-odontale, cînd acestea sînt frecate științific cu periile dentare și cu diferite substanțe dezinfectante din pastele de dinți. Ba, mai mult, în vederea punerii în evidență a acestor « plăci bacteriene » existente pe suprafața smalțului, s-au inventat și diverse substanțe colorante, **revelatoare a plăcilor bacteriene.** Badijonînd cu astfel de paste colorante suprafața smalțului, se pretinde că s-ar pune în evidență plăcile cu masă bacteriană de pe aceste suprafețe, ceea ce ar demonstra că un periaj efectuat, pentru a deveni eficient,

Scanned with OKEN Scanner

trebuie continuat pînă ce aceste plăci au fost complet îndepărtate. În acest mod, **se socotește că s-ar realiza o contribuție remarcabilă de ordin terapeutic și de prevenire a parodontitei marginale!** Considerăm că acestei combinări a periajului cu problema plăcii bacteriene i se atribuie un rol exagerat și neconcludent în problemele parodontopatice. Rolul periajului ca act terapeutic, al îndepărtării « plăcilor bacteriene » a fost luat din alt capitol al Stomatologiei (etiopatogenia cariei odontale) și introdus în preocupările parodontologice în mod denaturat și exagerat. Prin extrapolare, « placardele bacteriene » sînt considerate chiar implicate în provocarea parodontopatiilor. În conformitate cu teoria bacteriană, ele ar putea avea un **rol cariogen,** dar acest rol **este neconcludent** în ceea ce privește provocarea stărilor parodontopatice, mai ales a celor cu **aspect « esențial ».** În aspectele parodontopatice simptomatice, unde domină o stare de septicitate a mediului bucal, prin neglijarea igienei bucale, existența unor depozite de tartru masiv, a unor leziuni grave de carii odontale etc., în adevăr aceste « plăci bacteriene », ca medii de cultură ale florei microbiene saprofite și piogene din mediul bucal, pot avea un rol în întreținerea și agravarea manifestărilor gingivitice, sau chiar și a osteitelor alveolare. Da, dar aceste stări aparțin patologic categoriei « simptomatice », care, din punct de vedere terapeutic, sînt singurele care pot beneficia, într-o oarecare măsură, de un periaj corect aplicat și coroborat, implicit, cu toate celelalte acte de asanare gingivo-alveolo-odontale (extracții, obturații, băi dezinfectante sau sclerozante etc.). În preocupările de asistență a manifestărilor și proceselor parodontopatice esențiale, însă, atît periajul, așa cum este el descris și aplicat, cît și celelalte acte ale asanării bucale, **reprezintă acte paliative, de pregătire preparatorie** ale metodei noastre operatorii, care prin succesiunea actelor sale, sistematizate în doi timpi — **unul septic de asanare a focarelor disbiotrofice și altul aseptic, de stimulare a biotroficității locale și recondensării osului alveolar,** prin introducerea în pereții alveolari a biostimulatorilor omo-implante din Os-Minerale, bineînțeles, ajutată și de o asistență generală, medicală și neurohormonală, **reprezintă singura modalitate de rezolvare terapeutică eficientă a manifestărilor parodontopatice esențiale.**

În concluzie, considerăm că periajului cu pastele respective, prin modul cum este aplicat, să nu i se atribuie alt rol și altă valoare în preocupările parodontologice, decît **un rol de întreținere obligatorie a igienei bucale,** de fiecare zi, precum și atunci cînd este cazul, ca un **act paliativ și premergător unei intervenții chirurgicale,** care se efectuează în cavitatea bucală, fie asupra gingiei, fie asupra focarelor periapicale, a resturilor radiculare etc., dar nici într-un caz ca un act terapeutic în asistența parodontopatiei esențiale.

Masajul mucoasei gingivale

Și acesta este un act care mai mult provoacă iluzii decît eficiență. Este un act, care constă așa cum se știe de toată lumea, în masajul mucoasei gingivale, mai mult marginal, executat o dată sau de două ori pe zi, după posibilități și împre-

Scanned with OKEN Scanner

jurări, fie cu însăși degetul pacientului, fie cu anumite perii vibratoare tip (aparatul pentru masaje gingivale Filipovici, brevet România) pe bază de vibrații și impulsuri intermitente de profunzime, fie cu ajutorul unor **spray**-uri puternice cu tot felul de soluții (ozonizate, perhidrol, bioxid de carbon etc.) sau ape minerale. Scopul acestor masaje gingivale ar fi, în primul rînd, de a exprima și evacua produsul seropurulent din pungile pioreice gingivoalveoloodontale, atunci cînd asemenea pungi există și, în al doilea rînd, prin vasodilatația ca și acțiunea incitatoare provocată asupra terminațiilor neurovegetative din corionul mucoasei, s-ar presupune că s-ar stimula troficitatea marginală alterată a mucoasei gingivale în urma diverselor acțiuni hipotrofiante inflamatorii, toxiinflamatorii etc.

Considerăm din experiența noastră, că efectele acestor masaje, atunci cînd sînt vizate leziuni concrete disbiotrofice parodontale, sînt suficient de superficiale și foarte trecătoare, încît în activitatea noastră nu le acordăm, mai ales în eventualitățile patologice « esențiale », decît o valoare terapeutică minimă, dacă nu chiar inexistentă. De aceea nu le recomandăm, cînd avem astăzi atîtea posibilități medicale, fizioterapice etc., pentru a stimula structurile alterate prin fenomene hipotrofice, ale unor terenuri organice cu **apatie vitală organică** evidentă.

3. S p r a y-urile

Spray-urile? Acte fizioterapice pe principiul pulverizării cu presiune, pe suprafața mucoaselor gingivale și a spațiilor interodontale, fie a unor ape minerale și radioactive, fie a unor soluții de substanțe chimice dezinfectante, sclerozante etc., cu doze prescrise după experiența fiecărui practician. Numărul acestor aparate și substanțe întrebuințate este nenumărat, variind după industriile medico-tehnice și chimico-farmaceutice ale fiecărei țări, deoarece ele fiind descrise cu detalii în broșuri de popularizare sau tratate de specialitate, nu le enumerăm și nici nu le descriem.

Ceea ce căutăm să subliniem aici, este importanța și valoarea lor terapeutică.

Deoarece aceste pulverizări sînt destinate suprafețelor mucoasei gingivale bolnave, este și logic de presupus că acțiunea lor va fi limitată numai la structurile superficiale ale acestor mucoase, iar eficiența acestora, atunci cînd ele totuși realizează o ameliorare, este superficială și de foarte scurtă durată.

Atît cît ne demonstrează experiența noastră, considerăm că asemenea **spray**-uri, atunci cînd se pot aplica, **nu sînt de neglijat,** mai ales combinate și completate cu alte acte terapeutice, în formele gingivitice simptomatice, care sînt legate mai ales de unele inflamații cronice, ale persoanelor cu guri neîngrijite **(schmutzpyorhoe),** în gingivitele cronice, prin noxe, mai ales profesionale. În asemenea cazuri, pulverizațiile și prin actul lor mecanic (microtraumatic) provoacă ministimuli asupra unei mucoase profund alterate în vitalitatea sa. De asemenea, aceste **spray**-uri le considerăm indicate și în faza postoperatorie chiar și după actele chirurgicale pentru

Scanned with OKEN Scanner

parodontopatia esențială, cînd ele grăbesc, prin **fenomenele de reactivare circulatorie în structura mucoasei, în mod stimulativ,** procesul de cicatrizare în minimum de timp. Dar numai atît. Tot ce se exagerează atribuind acestora « minuni de eficiență » denaturează rolul lor miniadjuvant.

4. Badijonajele și infiltrațiile locale

Și aplicațiilor de substanțe cauterizante sau dezinfectante, fie prin **infiltrații,** fie prin **badijonaje** ale mucoasei gingivale ca și a pungilor pioreice gingivo-alveolo-odontale trebuie să li se atribuie o eficiență limitată. Într-adevăr, dacă administrarea asupra mucoasei gingivale, inflamată și hipertrofiată prin procesul de hiperplazie al infiltrației celulare de cronicitate, a unor substanțe chimioterapice, ca dontisolon, insadol, clorură de zinc etc., prin badijonaje cu compresarea și exprimarea pungilor pioreice, constituie un adjuvant eficace în formele « simptomatice » unde, în primul rînd, a fost îndepărtat elementul cauzal și agravant. La fel și cu infiltrațiile produselor chimioterapice ca vaduril, placentil etc. în mucoasa gingivală inflamată și hipertrofiată ca și în pungile pioreice. În formele « esențiale », însă, atît infiltrațiile, cît mai ales badijonajele cu diverse substanțe chimice dezinfectante și sclerozante reprezintă, **datorită substratului etiopatogenic și biologic al fenomenelor de apatie vitală,** numai un act de dezinfecție pregătitor și premergător actelor chirurgicale, care se vor aplica asupra mucoasei gingivale, pungilor pioreice și osului alveolar marginal în proces disbiotrofic de osteoliză cronică și evolutivă.

5. Chiuretajul subgingival

Chiuretajul subgingival este un act care deja reprezintă o **modalitate de rezolvare terapeutică chirurgicală.** El vizează îndepărtarea masei pioreice și a țesutului de granulație și osteitică, din pungile pioreice, apărute și dezvoltate prin aprofundarea spațiului preexistent gingivo-alveolo-odontal, prin distrugerea și infiltrarea de țesut celular inflamator de granulație.

Vom insista mai mult asupra acestui act chirurgical, deoarece credem în primul rînd că prin scopul și rolul său, el are o **valoare terapeutică în patologia parodontului,** dar numai atunci cînd este **aplicat eclectic,** pe cazuri cu indicații corect stabilite. Chiuretajul subgingival este deosebit de eficient în **gingivitele cronice simptomatice,** cu marginile și papilele gingivale hipertrofiate prin infiltrația țesutului de granulație, survenite fie după iritațiile tartrice, fie prin inflamațiile cronice ale gurilor neglijate, prin toxi-inflamațiile cronice ale unor profesiuni care lucrează cu substanțe toxice (Hg, Bi, Pb etc.).

Chiuretajul subgingival, ca act chirurgical, **aplicat sistematic și progresiv** constituie, de altfel, chiar **primul timp, timpul septic al metodei noastre operatorii.**

Dar nici într-un caz, așa cum nu avem dreptul să ne facem iluzii că gingivectomia sau operația Neumann-Widman, numai prin îndepărtarea gingiei bolnave,

Scanned with OKEN Scanner

ar realiza o reactivare și recondensare a osului alveolar afiat în liză disbiotrofică — ca în aspectele « esențiale » — tot așa și cu actul chiuretajului, care nu are nici un element biologic care să stimuleze reactivarea și condensarea. **El își limitează eficacitatea** numai în măsura în care asanează, prin îndepărtarea produsului pioreic și masa tisulară patologică (de aceea și este eficient în procesele « simptomatice »). Dar pentru procesul disbiotrofic gingivo-osteo-alveolar subordonat formelor **abiotrofice,** adică de apatie vitală organică, el nu are cum să realizeze fenomene eficiente, decît uneori foarte neînsemnate și numai atît timp cît îi este necesar hipotroficității tisulare să refacă starea pioreică, numai atîta cît acțiunea incitatorie a actului de chiuretare a marginii conturului osteo-alveolar a stimulat imperceptibile fenomene locale de reacții tisulare de reactivare și fenomene reparatorii marginale osteo-alveolare.

Atîta timp cît nu au intervenit în conformația parodontului acte incitatorii intense, specific remineralizante, pe care numai biostimulatorii de reacțiune și recondensare, omo-implante din Os-Minerale le pot determina în structura masei parodontului, actul chiuretajului își va limita rolul numai la cel de asanare și îndepărtare din focare a produsului patologic.

6. Gingivectomia și operația cu lambou

Gingivectomia este un act operator de cele mai multe ori arbitrar aplicat, care vizează, ca scop final terapeutic, excizarea gingiei bolnave, de jur împrejurul dinților, fie limitată la un grup odonto-parodontal, fie pe toată întinderea arcadelor.

Considerăm cu fermitate că nu este admisă aplicarea acestei operații oricum și în orice formă de **gingivită hipertrofiată,** cînd este știut cît de mutilante sînt și ea și operația cu lambou. **De aceea, gingivectomia trebuie chibzuit aplicată și limitată numai la aspectele cu leziuni de hipertrofie hiperplaziantă gingivală, corect diagnosticată, în care nu există un substrat disbiotrofic evolutiv osteo-alveolar subiacent și în care avem certitudinea eficienței ei.** Oncologul nu mutilează o regiune numai de dragul de a opera o tumoare oarecare; el excizează circumscris sau enucleză tumoarea benignă și nu recurge fără motive bine stabilite la mutilații întinse, decît atunci cînd are bine precizat caracterul malign al formațiunii respective.

Atunci parodontologul, de ce să mutileze, denudînd atît de dizgrațios segmentul radicular al dinților — prin gingivectomie —, o arcadă gingivală infiltrată și hipertrofiată, cînd această stare s-ar putea datora unui proces evolutiv disbiotrofic « esențial » subiacent, adică al osului alveolar, **în care împrejurare gingivectomia este lipsită de orice eficiență!** Se știe doar că mucoasa gingivală prin manifestarea sa patologică, în astfel de aspecte « esențiale », reprezintă doar un simptom, în complexul de manifestare al sindromului parodontopatic « esențial ». De aceea, această operație, în manifestările parodontopatice esențiale, nu va realiza nici o eficiență

Scanned with OKEN Scanner

de tratament. Practic de-a lungul timpului ne este demonstrat cu prisosință, că recidivele locale survin la scurt interval de timp după operație, deoarece procesul disbiotrofic profund, osteoalveolar, prin această operație nu a fost vizat în toată complexitatea sa. La vremea lor, cînd și Gottlieb și Neumann-Widman au stabilit jaloanele detaliilor tehnice, primul ale gingivectomiei și ultimii ale operației cu lambou, neavînd pe atunci posibilitățile investigatorii asupra patologiei parodontului prin radiografii odontoparodontale, erau oarecum îndreptățiți să creadă în eficiența metodelor create de ei. Ei nu aveau elementele pe care le avem noi astăzi relativ la criteriile necesare discernămîntului leziunilor parodontale. Ei observînd că tabloul patologic al parodontopatiei era dominat de aspectul inflamat și hipertrofiat al marginii mucoasei gingivale, complicat uneori și cu pungi pioreice de-a dreptul impresionante prin profunzime și conținut, **cum era și firesc, ei au considerat că îndepărtarea procesului patologic putea să fie urmată de vindecarea manifestărilor parodontopatice.** Desigur că aceste operații atunci cînd se făceau pentru **aspecte simptomatice** incontestabil că realizau rezultate eficiente. Aplicate, însă, în aspectele pe care azi radiografia odonto-parodontală ne demonstrează concludent eventualitățile cu leziuni disbiotrofice evolutive, **atîta timp cît nu aduc nimic în focar care să stimuleze și să redreseze hipotroficitatea structurală apatică sau abiotrofică,** desigur că în astfel de cazuri ele devin ineficiente. Avem convingerea că dacă Gotlieb, Weski, Neumann, Widman și Orban ș.a. **s-ar mai afla** în contemporaneitate, cu certitudine că prin competența pe care **au arătat-o** urmașilor, și-ar reconsidera punctele de vedere.

Și noi practicăm gingivectomia, dar așa cum vom demonstra prin fișele iconografice parodontologice, **o aplicăm în mod riguros eclectic** numai în anumite forme parodontopatice, cu aspecte hipertrofice-hiperplazice sau fibromatoase, cu indicații bine chibzuite. Desigur, o hipertrofie gingivală **apărută printr-un proces de hiperplazie,** ca cel din graviditate sau ca cel din unele procese ce apar în anumite stări organice generale, cum este eventualitatea unor fenomene discrazice prin unele leucoze mezoblastice, sau ca în unele forme gingivitice epuloide difuze cu aspect tumoral, **impun indicațiile gingivectomiei.** Dar, în toate asemenea eventualități, exereza procesului gingival anormal se face cu foarte multă atenție, în așa fel ca îndepărtarea țesutului patologic să nu ducă la denudarea prea exagerată a dinților de țesuturile moi, dîndu-le acel aspect de dinți alungiți, equiniformi.

Nici într-un caz, însă, nu opinăm să se facă exereză gingivală întinsă în aspectele parodontopatice cu caracter de apariție și evoluție « esențială », adică **pe un fond disbiotrofic cu fenomene de apatie vitală organică.** Facem această subliniere deoarece și experiența altora, apărută ici și colo în literatura de specialitate, ca și experiența noastră, **ne arată că această operație în asemenea împrejurări este iluzorie.** Eficiența ei în atare cazuri este de foarte scurtă durată, după care apar procesele patologice cu aceleași caractere ca și cele preoperatorii. Această operație și cu atît mai mult operația cu lambou trebuie să fie limitată la un foarte redus număr de

Scanned with OKEN Scanner

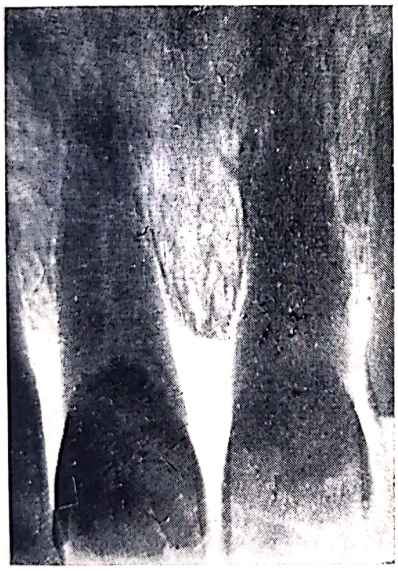
aspecte « simptomatice », unde hipertrofia este datorită unei iritații hiperplazice, fie substratului organic general (graviditate, discrazie etc.), **dar NU în aspectele parodontopatice esențiale.** De aceea insistăm, ca înainte de a stabili indicațiile oricărui act operator în patologia parodontului, **cazul să fie foarte bine și meticulos examinat și studiat prin toate mijloacele clinice și de laborator, pe care știința medico-stomatologică ni le pune astăzi la îndemînă.** Aceasta pentru a stabili, în primul rînd, care este caracterul lezional, în ce categorie se încadrează procesul patologic (adică « simptomatică » sau « esențială ») și apoi, o dată definit cadrul nosologic, să i se aplice **eclectic,** principiul și metoda de tratament cea mai adecvată față de realitatea patologică.

Ca să ilustrăm rezultatele dezastruoase ale gingivectomiei, atunci cînd ea prin indicații greșite se aplică în terapeutica manifestărilor pioreice parodontopatice esențiale, prezentăm alături două fișe iconografice edificatoare.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 1

1 A

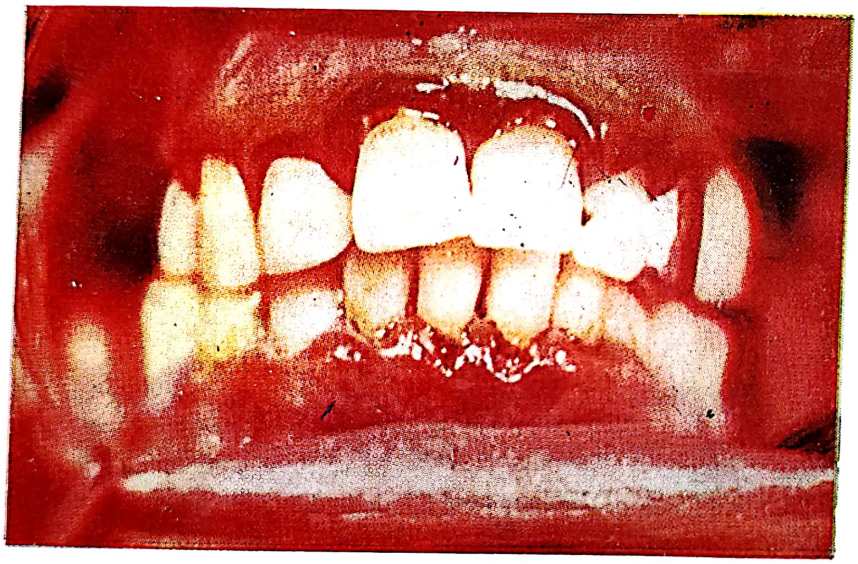


1 B

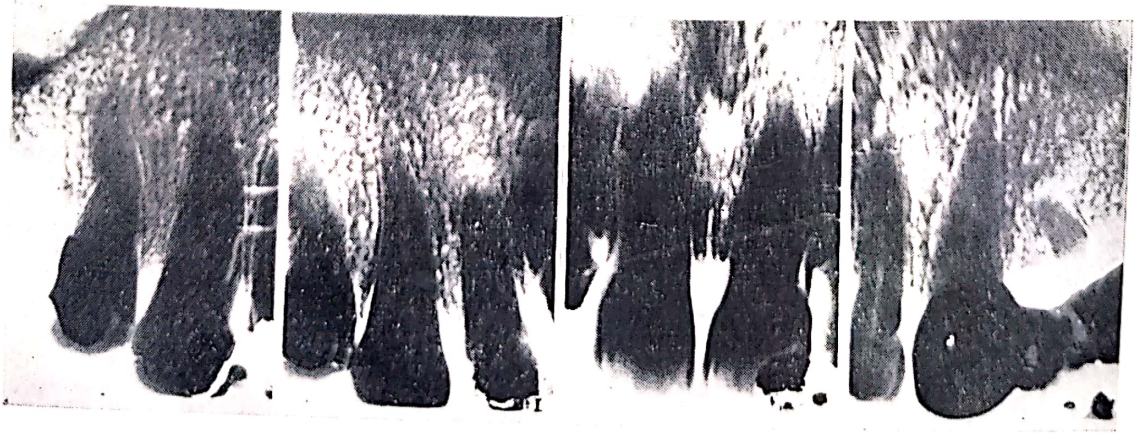
1 C

Scanned with OKEN Scanner

1 D



1 E



1 F

Scanned with OKEN Scanner

1 G

Fișa nr. 1 prezintă imaginile a trei cazuri operate pentru manifestări parodontopatice esențiale.

— **Imaginea A,** respectiv imaginea radiografică B prezintă rezultatele unui caz care s-a prezentat la consultație, după ce a fost operat în altă parte prin gingivectomie.

— **Imaginea C,** respectiv **imaginea D** prezintă rezultatele unui caz care ne-a venit la consultație, de asemenea operat în altă unitate prin metoda Neumann-Widman.

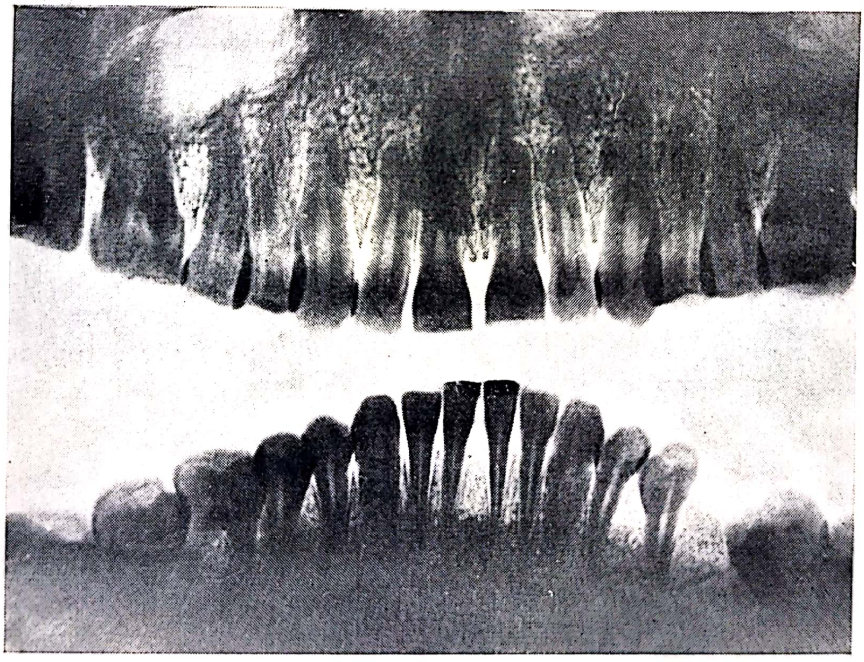
— **Imaginile E și F,** respectiv imaginea radiografică G (prezentate cu scop comparativ) aparțin unui caz cu manifestări «esențiale» operat de noi, după metoda noastră operatorie, revăzut la 1 an de la operație. Considerăm că atît gingivectomia ca și operația Neumann, prin exemplificările de mai sus, nu dau rezultate eficiente (A și C) în manifestările «esențiale», iar prin faptul că ele excizează din mucoasa gingivală, iau aspectul unui act mutilant al gingiei.

Prin ceea ce demonstrăm prin imaginile E și G (după operație) ale unui caz cu parodontopatie esențială, operat de noi, realizîndu-se rezultate concludente și considerăm că actele operatorii mutilante trebuie limitate ca indicații, numai pentru cazurile care impun excizii gingivale (așa cum vom demonstra în fișele iconografice cu aspecte parodontopatice simptomatice).

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 2

2 A (a)

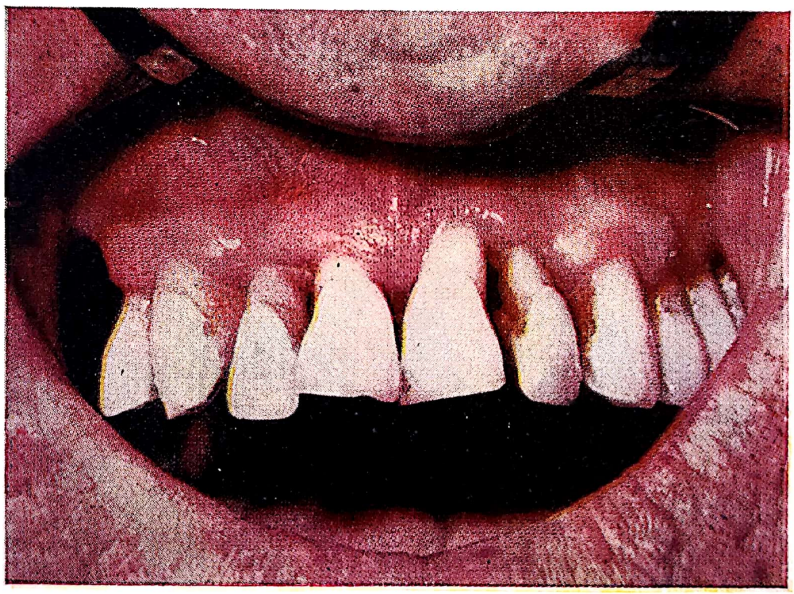


2 A (b)

Fișa 2 A. — Iată un aspect de **parodontopatie « simptomatică »** de natură inflamatorie, foarte exemplificativ. **Gingivită hipertrofică inflamatorie acută,** generalizată, **imaginea a,** — prin neglijarea regulilor de igienă bucală. Aspect în care, datorită faptului că debutase și evoluase brusc, cu fenomene inflamatorii dramatice (febră, dureri locale bucogingivale, adenopatie submaxilară, 11 000 leucocite etc.). Iar conformația osului alveolar, radiografic era integră, **imaginea b.**

Scanned with OKEN Scanner

2 A (c)



2 B

— **imaginea c** —, după ce un tratament medicamentos local inclusiv antibioticoterapia generală realizase minime efecte — am considerat, pe principiul eclectismului, că singura modalitate de rezolvare terapeutică o constituie indicația indiscutabilă a **gingivectomiei.**

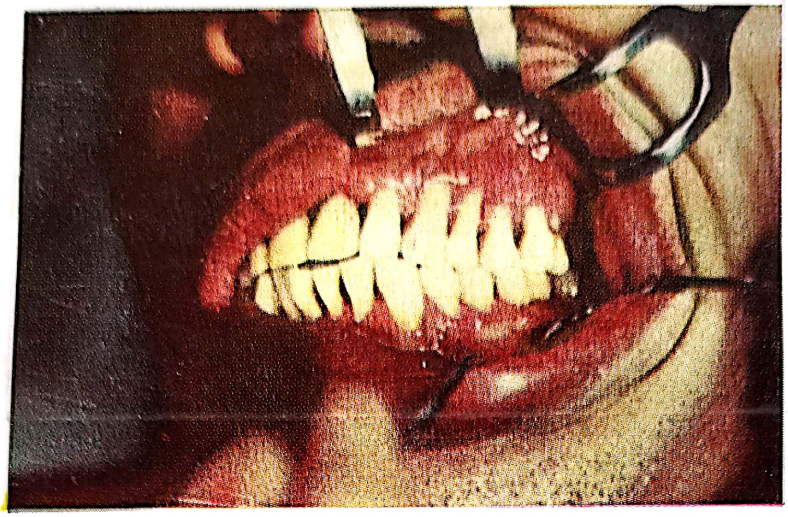
În adevăr, așa cum arată **imaginea b,** această operație a rezolvat în cîteva zile în mod eficient și concludent, manifestările respective.

Iată așadar, indicația eficientă a gingivectomiei.

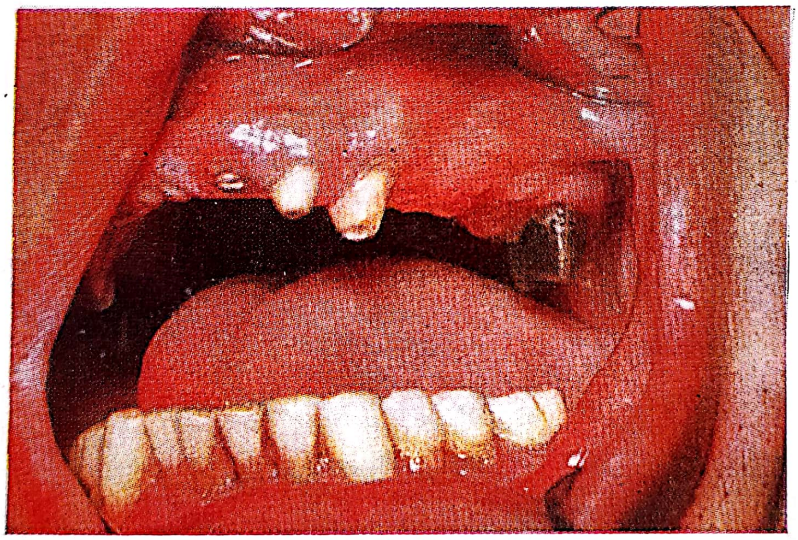
Fișa 2 B. — Iată și un aspect de mutilație parodontală — după operația Neumann—, care numai după 10 luni, a impus ca pacientul să vină să ne solicite eliminarea elementelor odontale devenite foarte jenante, în actele funcționale, prin mobilitatea accentuată și alveolite provocate de mobilitatea lor.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 3



3 A



3 B

Fișa nr. 3—Imaginea A cu aspectul arcadei maxilare, operată pentru manifestări « esențiale », venită la consultațiile noastre, după circa 6 luni de la operația atît de mutilantă; și

— **Imaginea B,** revăzut cazul după circa 2 ani, cu elemente odontale deja expulzate, ca efect al mutilației gingivo-osteo-alveolare.

Nu reactualizăm problema valorii terapeutice a operației **radicale cu lambou,** după tehnica Neumann-Widman. Față de faptul că această metodă este foarte laborioasă și tot așa de mutilantă ca și gingivectomia și față de faptul că urmările ei imediate prin durerile și tumefacția regiunii, scot din circuitul activității sale pentru numeroase zile pe cel operat și mai ales prin faptul că pe plan îndepărtat, ea, în

afară de excizia hipertrofiei marginale a mucoasei gingivale și îndepărtarea cu chiureta a țesutului patologic din fundurile de sac, **nu aduce nimic local,** care să stimuleze reactivarea structurilor tisulare și să provoace fenomene de recondensare în osul alveolar în plină evoluție osteolitică, **considerăm că este o metodă ineficientă și neaplicabilă, nici în aspectele simptomatice, cu atît mai mult în aspectele disbiotrofice ale parodontopatiei esențiale,** unde metoda noastră realizează în mod concret și concludent clinic, radiologic și biologic, într-un ansamblu eficient, toți parametrii impuși a fi realizați de o atitudine și modalitate terapeutică eficientă.

7. Frenotomiile și vestibuloplastiile

Frenotomiile și vestibuloplastiile sînt acte chirurgicale care își au importanța și indicațiile lor. Sînt practicate în special ca **operații pro- sau preprotetice.** Frenul labiovestibular superior prea jos inserat, sau cel inferior prea sus inserat (adică aproape de marginea crestelor maxilomandibulare), vor crea mari dificultăți în problemele de adaptare, stabilitate și suportare a elementelor protetice mobile, mai ales în actele lor funcționale.

De aceea, asemenea situații de conformație, impun indiscutabil ca prim act pregătitor executării și aplicării protezelor, secțiunea frenului cît mai aproape de inserția lui pe creasta maxilară și mandibulară, apoi decolarea pînă în zona fundului vestibulului respectiv, și suturare prin puncte separate, conform cu tehnica cunoscută. După vindecarea plăgii operatorii, se creează o proeminență a rebordului maxilar și mandibular, care în raport cu înălțimea creată, va asigura o stabilitate atît statică, cît și în actele funcționale ale protezelor, care urmează a fi executate, fie imediat actelor operatorii fie la un oarecare interval de la operații, adică după ce s-a cicatrizat plaga operatorie. Dar ca indicații, numai atît. **Ni s-a părut total utopic considerația pe care se bazează partizanii concepției localiciste, cum că inserția joasă sau prea înaltă a frenurilor, prin tracțiunea asupra gingiei marginale și a papilelor gingivale interodontale, ar favoriza retracția gingiei,** ceea ce ar duce la dezbrăcarea sau denudarea zonei coletelor odontale, de tip parodontopatic. Ne-am pus și am pus întrebarea și celor pe care i-am văzut făcînd această operație: bine, să presupunem că frenurile ar tracționa mucoasa gingivală. Dar dacă această mucoasă s-ar lăsa tracționată și dezbrăcînd coletele odontale, implicit ar trebui să dezgolească marginal și conformația osteo-alveolară subiacentă? În îndelungata și vasta noastră activitate parodontologică, nu am întîlnit nici un caz, unde să fi observat osul alveolar expus, ca urmare a unei asemenea situații de frenuri sau tracțiuni! Atunci, care ar fi rațiunea unui asemenea act operator, care în stările parodontopatice, fie simptomatice fie esențiale, nu aduce nici un aport local?

Același lucru se întîmplă cu **vestibuloplastiile.** Aceste operații care constau în secționarea unor bride sau în **aprofundarea vestibulului** fie superior, frontal sau lateral, fie inferior frontal sau lateral, sînt efectuate de asemenea ca act pregătitor

Scanned with OKEN Scanner

al crestelor maxilare sau mandibulare, în vederea asigurării statice sau funcționale, în cît mai bune condiții, a elementelor protetice parțiale și mai ales totale. Asemenea acte operatorii, efectuate după tehnicile cunoscute, sînt foarte indicate și necesare; ele pot deseori realiza un aport deosebit, în activitatea executării și aplicării, mai ales a protezelor totale. Dar a crede că o secțiune mucoperiostică pe versantul vestibular al proeminenței odontomaxilomandibulare, cu decolare largă și profundă, coboară sau aprofundează în acest mod vestibulul respectiv, ne-ar crea convingerea că în acest fel se împiedică tracțiunile asupra mucoasei gingivale, care prin tracțiune ar denuda coletele odontale, **este o utopie.** În adevăr, așa cum a afirmat **Lauritzen, sînt interpretări și metode de tratament « sofisticate »!** Și în această împrejurare ca și în cea a frenotomiilor, nu s-au văzut versante osteo-alveolare, **denudate prin tracțiuni** ale mucoasei șanțurilor vestibulare, reduse, șterse ca profunzime, prin astfel de fenomene tracționale!

Iată deci cum două acte operatorii, ale căror indicații atît de utile în **anumite circumstanțe,** pot fi dăunătoare sau cel puțin ineficiente atunci cînd sînt aplicate în împrejurări patologice greșit interpretate.

8. Operațiile recesante

Mulți parodontologi cu o deosebită manualitate chirurgicală și-au pus problema reacoperirii suprafețelor prea dezgolite de pe lungimea segmentelor radiculare, ca urmare a proceselor evolutive disbiotrofice parodontopatice. O dată ce și-au pus asemenea probleme, fără o analiză a stării locale, a terenului organic, fără a ține seama că la mijloc este vorba de o stare tisulară deficitară, cu reacții biologice, abiotrofice sau de apatie vitală, care nu ar favoriza unele acte **operatorii plastice,** ei au imaginat și tatonat, încercînd unele operații așa-zise de « recesiune » a unui lambou mucoperiostic gingival pediculat din vecinătate, cu care să se acopere zona denudată. La reuniunea « Journées Parodontologiques françaises » din noiembrie 1970, mai mulți chirurgi stomatologi au prezentat, ilustrate prin proiecții dia, asemenea operații, dar cu rezultate confirmate de ei înșiși ca eșecuri. Deci încercări neizbutite!

Considerăm că asemenea eșecuri, în astfel de operații, puteau fi evitate, dacă se ținea cont de respectarea unui principiu fundamental de **plastică corectoare sau reparatoare** și anume, că asemenea **operații recesante** au folosit un lambou pediculat al mucoasei, prelevat de pe fața externă a vestibulului, din apropierea zonei pe care căutau să o acopere; sau în alt caz, un lambou mucoperiostic din vecinătate, pe care-l așezau cu suprafața sîngerîndă peste zona denudată, suturîndu-l de marginile mucoasei din jurul zonei radiculare respective. Operatorii așteptau minunea ca lamboul să se coleze, să se lipească prin fibre de joncțiune vitală, cu suprafața cimentatului a segmentului radicular. Se ignorau însă principiile biologice: țesuturile nu se contopesc, atunci vital cînd acestea au structuri diferite, așa cum

Scanned with OKEN Scanner

s-a întîmplat în împrejurările de mai sus. Dar, un fenomen a fost remarcat. În eventualitățile cînd lamboul pediculat se suda totuși cu marginile mucoasei gingivale avivate, parodontale, el **se retracta** atît de mult, încît suprafața respectivă se redenuda, aproape similar stării preoperatorii. Acest fenomen era firesc. Nu era posibil ca suprafața sîngerîndă a lamboului mucos sau mucoperiostic astfel etalat pe suprafața denudată, să se fi putut suda cu structura fibro-minerală a cimentului radicular, rămînînd mereu așa **fără să se retracteze** pe toate dimensiunile sale. Acest fenomen s-a observat și în chirurgia bucomaxilofacială plastică sau reparatorie unde aproape toate operațiile de plastie ale zonelor faciale, labiale sau mentoniere, făcute prin lambouri pediculate dar **necăptușite,** adică nedublate cu un alt lambou, au fost urmate de dezastrul unor eșecuri dureroase și pline de dezamăgiri. Noi, în lucrarea « Éléments de chirurgie bucco-maxillo-faciale correctrice et réparatrice » am arătat, subliniind chiar, valoarea eficientă a folosirii în operațiile plastice a **lambourilor căptușite sau dublate.** Numai asemenea lambouri nu sînt expuse fenomenelor retractibilității postoperatorii. Avem convingerea că încercarea celor care caută să realizeze o reușită operatorie recesantă, dacă ar replia sau ar plicatura mai întîi lamboul și apoi l-ar așeza și fixa pe suprafața denudată, rezultatele credem că ar putea fi urmate de unele succese mai satisfăcătoare.

9. Șlefuirea selectivă sau funcțională

Parodontologii, în marea lor majoritate, influențați de teoriile concepției localiciste și observînd că un procentaj ridicat de pacienți cu manifestări parodontopatice prezintă, uneori, impresionante stări disgnatice, de deplasări migratorii odontale în sensuri variate, fără ca să le analizeze etiopatogenic proveniența lor, dacă nu cumva sînt **de natură ortodontică,** prin defecte de erupție și vicii de poziție, prin **defecte de dezvoltare a conformației maxilare sau mandibulare** sau a ambelor, **prin defecte vicioase** care au favorizat deplasările unor elemente sau grupe odontale pe arcade etc., sau prin alte fenomene migratorii **particulare evoluției disbiotrofiilor parodontopatice,** au incriminat în etiopatogenia parodontopatiilor, printre alte cauze determinante, și **factorul dezechilibrului ocluzoarticular.** Asemenea dezechilibru în actele funcționale, pe principiul unor microtraume pe care le-ar provoca asupra unor zone odontale, ar determina **suprasolicitări funcționale cu consecințe osteolitice în structura parodontului osteo-alveolar.** O astfel de stare de ocluzie odontală vicioasă, ca să beneficieze de o asistență eficientă, se recomandă de către specialiști să fie **reechilibrată funcțional, să fie protejată** față de asemenea microtraume, temporar sau definitiv, **fie prin unele elemente protetice de redresare a ocluziilor,** prin bare, punți fixe, proteze mobile, fie prin **șlefuiri așa-zise selective sau funcționale,** nivelînd cuspizii ambelor arcade, pînă ce suprafețele zonelor molaro-premolare, în special, au devenit plane. Pe lîngă că această manoperă de șlefuire nu dă rezultate, pacientul nebeneficiind absolut de loc după un astfel de tratament, în plus va fi urmată și de dureri supărătoare dentinare, provocate prin schimbări

Scanned with OKEN Scanner

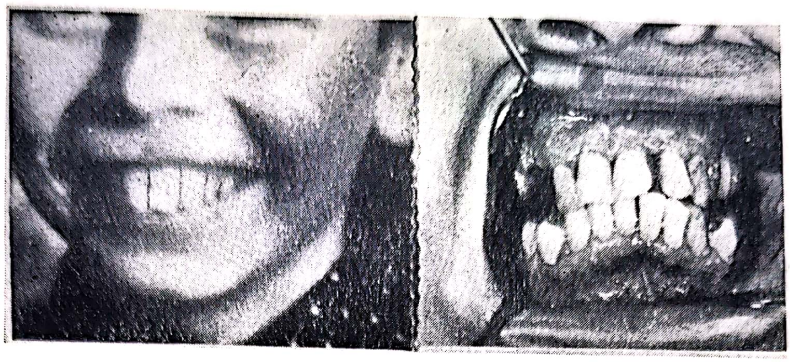
calorice sau diferite substanțe chimice (acidulate, sărate, zaharate) ajunse în mediul bucal.

Este adevărat că în manifestările patologice « esențiale », într-un procentaj de 80% din cazuri, constatăm stări odontale de poziție și de dezechilibrare inter-ocluzală, anormale. **Dar,** se ignorează un fapt esențial și anume că aceste stări **nu sînt cauze, ci efecte,** de **natură migratorie,** care migrări odontale provoacă uneori stări de inocluzie sau dezechilibru ocluzo-articular din cele mai grave și mai impresionante. Deoarece această problemă, în multe împrejurări și manifestări științifice, constituie obiectul unor insistente afirmații, făcute totuși fără o bază științifică și chiar de către unii specialiști mai deosebiți, ținem încă o dată să subliniem **că dezechilibrul ocluzo-articular,** atunci cînd el NU este de ordin ortodontic sau din cauza unor vicii de erupție și implîntare în arcadă sau prin conformație genetică ereditară sau patologică, și mai ales cînd prin analiza antecedentelor, stabilim că asemenea stări disgnatice au apărut tîrziu pe parcursul vieții, în epoca de plină maturitate organică, o dată cu alte manifestări bucoodontale (foetor, mobilitate, sîngerări și inflamație gingivală etc.), atunci acest dezechilibru depistat **NU trebuie să-l considerăm ca factor cauzal care ar fi determinat procesele disbiotrofice, osteoalveolitice,** gingivitice, cu impresionante pungi pioreice etc., — ci exact invers. Adică, trebuie să-l considerăm ca **un element simptomatic, patognomonic** manifestărilor parodontopatice esențiale (triada simptomatică), element care nu trebuie considerat **provocator,** cauză a procesului patologic, **ci element cauzat de însăși evoluția procesului,** care prin dezvoltarea țesutului celular de granulație în pungile pioreice și în structura spongioasă a osului alveolar, se infiltrează spațiile odonto-alveolare, lărgindu-le pîlniform (crateriform), împingînd lent și progresiv dintele respectiv în direcții sau sensuri fără legi prestabilite, ci după cum se dezvoltă într-o parte sau alta a cavității alveolare, astfel mărită sau lărgită.

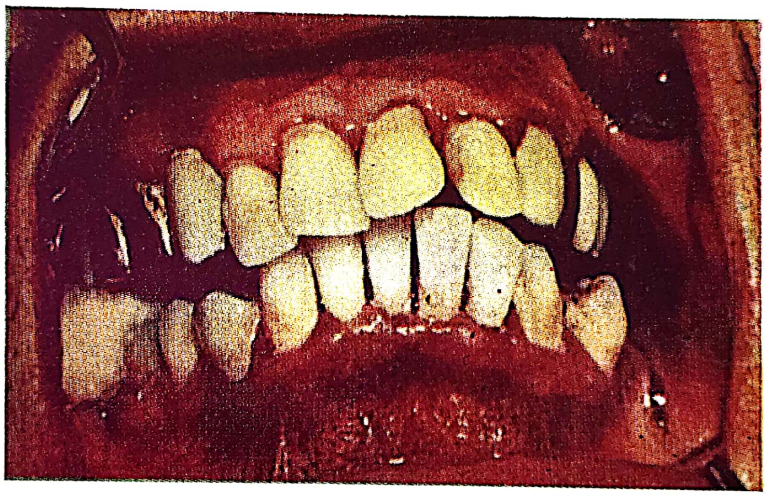
Așa stînd lucrurile, atunci de la sine se pune o elementară întrebare: **ce sens au șlefuirile, făcute cu scop terapeutic,** cînd fenomenele patologice stau altfel? Pentru a conchide asupra problemei, alăturăm observațiile expuse cu detalii în două fișe iconografice, Nr. 4 și Nr. 5.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 4



4 A



4 B

Fișa nr. 4 exemplifică un aspect de dezechilibru ocluzoarticular, prin evoluția procesului parodontopatic esențial.

Imaginile acestei fișe ne redau unele aspecte care au o semnificație deosebită.

Astfel, **imaginea A** reprezintă o fotografie întîmplătoare, surprinsă cînd pacientul nostru avea vîrsta de 14 ani. Se remarcă un sistem odontal al arcadei maxilare regulat implîntat pe arcada respectivă. După un număr de ani, în jurul vîrstei de 26, 27 de ani, pacientul constată că o dată cu inflamația și hipertrofia marginală a mucoasei gingivale și a papilelor sale interdentare, care sîngerează la cea mai ușoară atingere, atît la periajul dinților ca și la actele masticatorii, dinții frontali ai arcadei maxilare au început să se deplaseze. Unii se distanțau între ei, alții vestibularizîndu-se se încălcau între ei, în special la nivelul grupului 12, 11 și 21, 22. Aceste fenomene anormale îl determină pe pacient să se prezinte la consultațiile noastre, pentru asistență.

Examinînd pacientul, se constată următoarele:

Clinic, mucoasa gingivală pe toată întinderea arcadelor este inflamată și hipertrofiată, ușor sîngerîndă, la cea mai mică atingere. Existența de pungi pioreice, **pline cu secreție purulentă urît mirositoare.** Un dezechilibru ocluzal evident, **prin deplasarea** elementelor odontale, **cu migrări în diverse sensuri** și cu mobilitate care se accentuează din ce în ce.

Prin **examenul radiografic efectuat** asupra întregului sistem alveolo-odontal, coroborat cu elementele constatate clinic, se pune în evidență caracterul maladiei, pacientul suferind de o **parodontopatie esențială evolutivă,** în stadiile evolutive II spre III, alternînd cu zone parodontale mai puțin distruse.

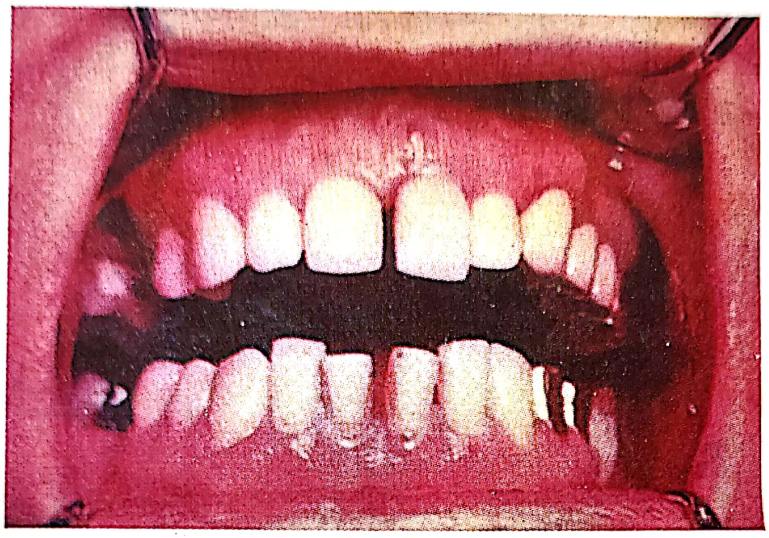
După stabilirea acestui diagnostic ca și a stadiilor evolutive, pacientul este supus la o serie de examene de ordin organic general, neuro-endocrin și probe de laborator prin care i se depistează o serie de disfuncții endocrinopatice, ca și o **evidentă stare hipocalcemică.**

După ce pacientul este supus unui tratament general medical și hormonal, în corelație cu disfuncțiile depistate, timp de circa 40 de zile — asistență **absolut** necesară pregătirii preoperatorii a organismului respectiv, pentru redresarea și reechilibrarea într-o oarecare măsură a compartimentelor vitale depistate în stare disfuncțională, și după ce i se pregătește cavitatea bucală conform principiilor menționate în capitolul respectiv din lucrarea « Parodontopatia esențială» —, **conform principiului de bază al eclectismului în stabilirea și aplicarea modalităților de tratament,** în strînsă corelație cu realitatea aspectelor proceselor patologice, **dat fiind faptul că substratul manifestărilor** pe care le prezintă pacientul, elemente arătate mai sus, **este de natură organică disbiotrofică, gingivo-osteo-alveolară,** cu grave și profunde implicații în activitatea dereglată a unor sisteme vitale organice, el este supus operațiilor prin metoda noastră, cu bio-stimulatori din Os-Minerale.

Aspectele imaginilor (negru-alb) din mijloc și cea color, fotografie făcută după 7 ani de la operație, vorbesc de la sine, atît în ceea ce privește dispariția fenomenelor inflamatorii și pioreice, cît și **stabilizarea fenomenelor migratorii** (întredeschiderea arcadelor este menținută printr-un rulou de vată pus între arcade, pentru a le expune mai bine fotografierii).

Scanned with OKEN Scanner

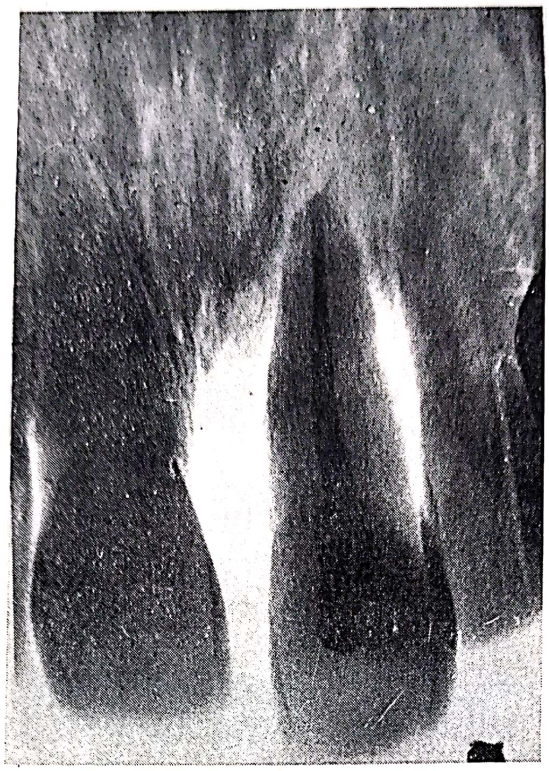
FIȘA NR. 5



5 a

5 b

Scanned with OKEN Scanner



5 c

Fișa nr. 5 prezintă o parodontopatie esențială cu migrare accentuată a elementului 21, ca urmare a leziunii disbiotrofice evolutive, ajunsă în stadiul III. Șlefuire corectoare.

Imaginea a: aspectul clinic cu evidentă migrare ocluzovestibulară a elementului 21.
Imaginea b: indicație și aplicarea **șlefuirii selective corectoare.**
Imaginea c: aspectul radiografic al focarului disbiotrofic evolutiv cu migrare odontală 21.

Concluzia care se degajă din expunerea acestor două fișe, constă în precizarea unui fapt deosebit: **dezechilibrul ocluzo-articular depistat în majoritatea parodontopatiilor cu manifestări « esențiale ». NU ESTE și NU trebuie considerat ca factor cauzal al maladiei parodontopatice.** Nu, ci invers. Existența acestui dezechilibru, cînd el nu are alte cauze în anamneză ca: cele ortodontice, traumatice sau prin vicii și ticuri determinate de unele elemente protetice defectuoase, care prin presiune au deplasat unele grupe odontale etc., trebuie considerat **ca o consecință a evoluției procesului disbiotrofic,** care prin procesul celular cronic, infiltrează structura parodontului și spațiul alveolo-odontal, provocînd elementului odontal respectiv diverse deplasări migratorii, de la cele mai discrete, pînă la adevărate aspecte impresionante. Iar fenomenele de migrare, atîta timp cît procesul disbiotrofic gingivo-osteo-alveolar nu este remediat, vor continua și după efectuarea unor asemenea mutilații odontale cum ar fi șlefuirea selectivă sau funcțională, pe care o considerăm ca un act prea mutilant, cu recomandația specială, **de a nu se mai practica.** Dorim totuși să menționăm că și noi aplicăm actul șlefuirii, **dar nu ca un act terapeutic,**

Scanned with OKEN Scanner

care este greșit presupus că ar pune la adăpost parodontul, față de unele acte funcționale suprasolicitante. **Noi aplicăm șlefuirea unui dinte sau unui grup odontal migrat care, fie că jenează actele funcționale și deci ar împiedica fenomenele de apoziție și recondensare în structura respectivă a parodontului osteoalveolar,** fie că, **prin poziția dintelui** sau a dinților respectivi, **creează o stare prea dizgrațioasă și inestetică la nivelul arcadelor,** dar numai atît și numai în vederea acestui scop (fișa Nr. 5).

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA A II-a

Ilustrație metodologică parodontologică

Exemplificări metodologice pe bază de fișe exemplificative și documentative.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 1

Cîteva elemente teoretice legate de discernămîntul clinic și radiologic

Odată cunoscute problemele teoretice legate de **teoriile** discernămîntului în interpretarea și sistematizarea leziunilor și manifestărilor parodontopatice, ca și cele ale principiilor și metodelor de tratament aplicate în **mod eclectic,** adică metode care să fie aplicate în strînsă corelație cu realitățile patologice ale parodontului, în cele ce urmează vom prezenta metodic, prin fișe iconografice explicative și documentare, selecționate din cazuistica noastră de aplicare practică.

Vom începe cu eventualitățile cazuistice cele mai simple, care patologic ar putea apare **simptomatic,** deseori, în structura parodontului și terminăm cu diferitele aspecte ale maladiei propriu-zise a parodontului, adică ale **parodontopatiei esențiale,** care pot fi întîlnite în practica parodontologică cotidiană.

Nu vom prezenta în ilustrația noastră, parodontopatii gingivitice cu lizereu caracteristic stărilor de intoxicații accidentale sau profesionale (mercurice, bismutice, prin plumb etc.) ele fiind manifestări prea cunoscute deși ușor atribuite intoxicațiilor respective, neputînd da loc la confuzii de interpretare, care apoi să ducă la aplicarea unor modalități și acte de tratament care, nefiind corelate cu realitatea patologică, să fie sortite eșecurilor, antrenînd după ele grave complicații și dezamăgiri.

Dorim, înainte de toate, să stabilim elementele de diferențiere bine definite, între cele două categorii, « esențială » și « simptomatică », pentru a stabili și teoretic și practic, **ce este parodontopatie esențială și ce NU este, și ce este parodontopatie simptomatică.** Vom arăta cu sublinieri cele **cîteva elemente care particularizează forma « esențială »** de aspectele formei **parodontopatice simptomatice.** Nu vom vorbi de elementele comune ambelor forme, cum ar fi: aspectul patologic al mucoasei gingivale, denudarea elementelor odontale la colet, mobilitatea elementelor

Scanned with OKEN Scanner

odontale ș.a. ci vom expune pe **bază de discernămînt** numai **elementele care caracterizează și diferențiază** clinic, radiografic și prin reacții organice generale, aspectele formei « esențiale » de ale celei « simptomatice » — cum ar fi: **problema pungilor pioreice, migrările în diverse sensuri a elementelor odontale, aspectul radiologic al parodontului osteo-alveolar, problema reacțiilor generale,** cum sînt: febra, V S H, hemograma, problema reacției ganglionare loco-regionale etc. și **caracterul foetorului ex ore.**

Mucoasa gingivală și papilele sale interodontale, datorită fenomenelor disbiotrofice intrinseci, ca și a acțiunii nocive a procesului osteolitic marginal al osului alveolar subiacent, prin aspectele ei **inflamatorii și hipertrofiate, prin hiperplazia țesutului celular de granulație** din pungile pioreice, participă la definirea tabloului de manifestare parodontopatică esențială uneori în aceeași măsură, alteori și mai grav, în raport cu aspectele formelor « simptomatice », unde **inflamația** (de orice natură ar fi ea) lezează integritatea structurală a mucoasei gingivale, provocîndu-i aspecte de congestie, edematiere inflamatorie, pînă la ulcerații și necroză marginală etc. Aceste fenomene, la prima vedere, pot induce celui care le observă și le înregistrează, în primul rînd **ipoteza cea mai gravă,** adică a unei manifestări disbiotrofice evolutive din categoria parodontopatiei esențiale, care așa cum se știe, nu ar avea alt curs de evoluție decît acela al dezastrului edentației totale. Pentru aceste considerații, aici, în asemenea împrejurări, se pun în funcție toate premisele de analiză prin care trebuie să se stabilească pe baza coroborării cu toate elementele clinice și de laborator (radiologice, biologice etc.) cu ce formă parodontopatică avem de a face. Numai în acest mod, stabilindu-se concludent forma parodontopatică cu care avem de-a face, vor putea fi stabilite modalitățile de asistență cele mai adecvate și care vor fi urmate de rezultate din cele mai eficiente și satisfăcătoare.

În fața unei astfel de manifestări gingivitice, căci aceasta în primul rînd face ca cel în cauză să se prezinte la consultație, se pun rînd pe rînd cîteva probleme, legate de unele elemente deosebit de importante, care odată rezolvate, definesc implicit și diagnosticul categoriei parodontopatice. Vom analiza aceste elemente prin cîteva considerații de ordin clinic, biologic, fiziopatologic și radiologic, pentru a înlesni înțelegerea explicațiilor din legendele ilustrațiilor expuse rezumativ.

Existența pungilor pioreice. Cînd acestea există, trebuie să stabilim care este topografia lor, gravitatea profunzimii, ca și caracterul conținutului lor.

Se cunoaște faptul că în formele « simptomatice », asemenea pungi pioreice, nu se găsesc decît **limitate ca întindere și numai la nivelul zonei inflamate sau iritate de vreun factor iritativ, inflamator sau microtraumatic oarecare.** De obicei, asemenea focare, cel mai frecvent se întîlnesc la nivelul zonei frontale inferioare, zonă cu predilecție a depozitării concrețiunilor tartrice, alteori la nivelul zonelor traumatizate prin decolare și ulcerare de către un element protetic defectuos con-

Scanned with OKEN Scanner

ceput, executat sau aplicat (coroană, croșet, proteză mobilă sau punți etc.), care lizează nu numai mucoasa gingivală dar și conexiunile ligamentare gingivo-alveolo-odontale, creînd la acest nivel un spațiu uneori mai redus, alteori mai profund. În acest spațiu, etichetat drept pungă gingivo-alveolo-odontală vor stagna în afară de serozități și țesuturi inflamate, și resturi alimentare, care în ansamblul lor prin necroză și fermentație, vor da loc unei supurații în general, alte ori unui abces subgingival, mai localizat sau mai difuz, cu un produs de secreție sero-purulent, care **nu** are fetiditatea aceleia din forma pioreică « esențială », în care acest foetor urît mirositor, chiar în formele discrete și incipiente, **este caracteristic și patognomonic aspectelor « esențiale »,** prin caracterul său de masă organică în putrezire.

Pungile pioreice existente în aspectele parodontopatice esențiale, spre deosebire de pungile pioreice de mai sus, în primul rînd, nu sînt legate de nici un factor cauzal local inflamator sau microtraumatic; în al doilea rînd, ele se găsesc diseminate, mai ales în formele evolutive avansate, pe ambele arcade și pe toată întinderea lor. Aceste pungi pioreice, în forma « esențială », prin evoluția distructivă, în **sens vertical,** la nivelul osului alveolar, sînt mai profunde, în alte zone mai puțin profunde, aceasta în raport cu gradul de inflamație și infiltrare a mucoasei gingivale, precum și cu stadiul de degradare marginală a osului alveolar. Acest aspect de distrucție, **în sens vertical și neregulat,** a marginei arcadei osului alveolar — subliniem că acest lucru trebuie constatat pe imaginile radiografice — se deosebește de **involuția atrofică** din fenomenele de senescență, unde fenomenele osteo-alveolare au un caracter **regulat, orizontal,** adică aproape uniform ca nivel, pe toată zona osului parodontal.

Ceea ce este deosebit de important la aceste pungi, în formele « esențiale », este **caracterul produsului supurativ** al conținutului lor, din care cauză Școala Parodontologică franceză a și denumit această formă de manifestare: **pyorhée gingivo-alvéolaire** sau **gingivo-alvéolo-dentaire.** Produsul acestor pungi este sero-purulent albicios și rezultă, în primul rînd, din **necrobioza și fermentația organică** a țesuturilor moi și osoase ale parodontului prin fenomene disbiotrofice și, în al doilea rînd, din supraadăugarea, în aceste focare, a elementului piogen, al florei mediului bucal. Din această cauză, această secreție **are un miros foarte dezagreabil,** de carne în putrezire, — **este foetor-ul ex ore,** am putea afirma **caracteristic** sau chiar **patognomonic** formei parodontopatice esențiale. Un asemenea foetor nu poate fi confundat cu nici un miros exhalat din unele guri, nici cu distrucțiuni odontale masive, și nici cu alte infecții legate de stări inflamatorii sau toxi-inflamatorii obișnuite.

Cu caractere oarecum similare, un astfel de foetor îl mai întîlnim și în cazurile cînd un traumatism maxilo-facial a zdrobit prea mult unele țesuturi, de asemenea îl mai constatăm și în tabloul evoluției dramelor tumorale maligne bucale (limbă, faringe, amigdale, mucoasă bucală, labială etc.), unde astfel de fenomene necrobiotice domină tabloul de manifestare a evoluției procesului tumoral.

Scanned with OKEN Scanner

a) Cîteva considerații relativ la parodontometrie

Deoarece în unele țări cu instituții speciale preocupate de problema parodontopatiei, am observat practicîndu-se mult actul de investigație al așa-zisei « parodontometrii », dorim să menționăm aici că noi în activitatea noastră, nu practicăm acest act din mai multe considerații.

Denumirea de parodontometrie, de altfel, este impropriu utilizată, fiindcă sonda gradată de explorare introdusă în punga pioreică, nu măsoară parodontul morfostructural, ci **profunzimea cavității creată** în masa conformației parodontului, de către procesul patologic, în complexitatea evoluției sale. Profunzimea cavității stabilită prin marcajul sondei exploratorii, însă, nu corespunde realităților distructive ale osului alveolar, deoarece de la fundul cavității pungii parodontale din spațiul alveolo-odontal, atins de vîrful sondei și pînă la semnul de marcaj pe care-l citim pe sonda exploratorie, semn care se găsește deasupra marginii gingivale, inflamată și hipertrofiată prin procesul de hiperplazie al țesutului de granulație care a infiltrat mucoasa și papilele gingivale, **nu exprimă** realmente așa-zisa parodontometrie. Este o diferență între realitatea parodontului muco-gingival și osteo-alveolar și această stare în care constatăm marginea mucoasei gingivale mult inflamată și edematiată. Acest fenomen patologic gingival, **maschează și exagerează adîncimea** și gravitatea pungii pioreice, ceea ce ne face să nu-i acordăm concludență nici științifică, nici practică, deoarece prin ea nu putem stabili cît a dispărut prin liză din înălțimea osului alveolar și cît a mai rămas din acești pereți care au rolul să asigure stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale. De asemenea prin parodontometrie nu putem stabili nici eventualul prognostic pe care l-ar aduce un act terapeutic care să oprească evoluția proceselor și să provoace în focar, în parodontul osos rămas, fenomene inverse celor patologice, adică de **recondensare osteo-alveolară.** Și în cele din urmă, cel mai important element care intervine în procesul de explorare și stabilire a gravității pungii pioreice, ni-l dă răspunsul la întrebarea — **de ce oare ar mai fi nevoie de un asemenea act atît de laborios, dar și chinuitor pentru pacient,** cînd azi noi avem la **îndemînă radiografia dentară,** care prin aspectul imaginii ne oferă în mod concret și concludent realitatea procesului distructiv, adică stadiul în care am surprins procesul disbiotrofic (atunci cînd este vorba de fenomene « esențiale ») sau inexistența oricărei leziuni care ar complica o inflamație gingivală acută de tip « simptomatic » (deci prin cauze cunoscute) sau **un stigmat al involuției atrofice din tabloul fenomenelor de presenescență sau chiar de senescență propriu-zisă.** De aceea dacă altă dată, în epoca premergătoare radiografiei dentare, cînd în activitatea științifică și practică parodontologică nu apăruse încă radiografia odonto-parodontală, care prin imaginile ei să redea atît de fidel, detalii structurale ale acestei conformații, desigur așa-zisa parodontometrie, ușura oarecum orientarea în stabilirea gravității procesului distructiv ca și a profunzimii pungilor pioreice. Azi, însă, avînd la îndemînă posibilități tehnice de investigare atît de simple dar cu precizie

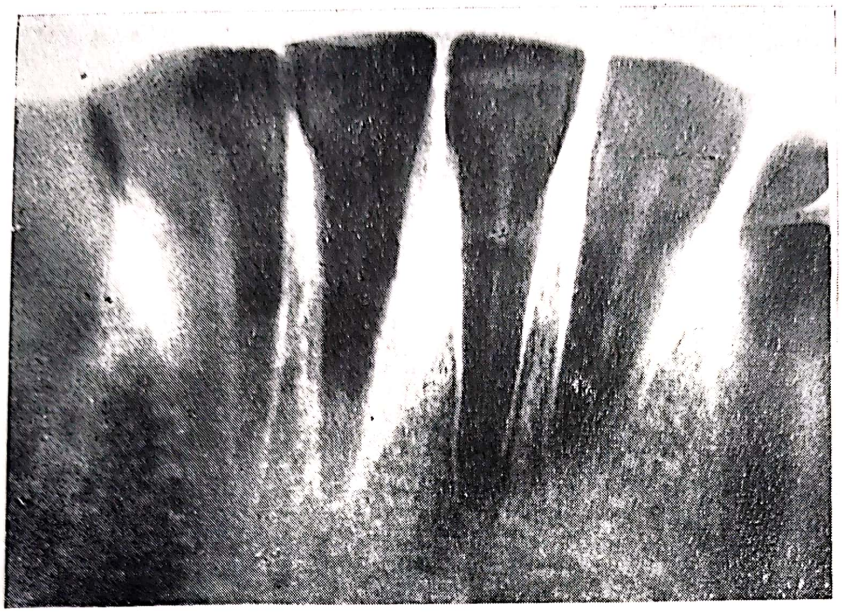
Scanned with OKEN Scanner

maximă, cum este radiografia odonto-parodontală, **considerăm că acest act nu numai că este neconcludent, dar este complet depăşit,** ceea ce ne face să nu-i mai acordăm nici o valoare practică.

Ilustrăm alăturat pe baza discernămîntului radiologic, existența unei pungi pioreice, pe fișa iconografică nr. 6, cu explicațiile și considerațiunile consemnate pe ea, care definesc inoportunitatea parodontometriei și folosirea cu precădere, în mod concludent și eficient, a radiografiei odonto-parodontale.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 6



Fișa nr. 6 prezintă imaginea unui focar de alveolită, la nivelul 41, prin iritație inflamatorie tartrică. Considerăm că aspectul profunzimii pungii pioreice, cu osul alveolar în **distrugere osteitică** (și nu în liză distrofică esențială) este revelator. Cînd avem redat atît de clar și concludent gradul de distrucție al osului alveolar, considerăm un non-sens să mai introducem o sondă exploratorie cu marcaj (denumită « parodontometru »), ca să apreciem profunzimea pungii pioreice, cînd aceasta atît de simplu se poate vedea, numai prin studierea acestui aspect de pe imaginea radiografică alăturată.

b) Caracterele reacțiilor organice generale în manifestările parodontopatice

Vom încerca să evidențiem mai jos, pe baza unor elemente constatate în legătură cu reacțiile organice generale, caracterul diferențial al aspectelor pioreice ale parodontopatiilor simptomatice, în raport cu cel constatat în aspectele pioreice ale parodontopatiei esențiale.

Astfel, pe cînd în formele inflamatorii și supurative parodontopatice cu manifestări « simptomatice » ca: gingivite, alveolite, gingivo-osteite etc., constatăm uneori mai dramatice, alteori mai atenuate, reacții generale, cum ar fi: febră, modificări ale hemogramei cu leucocitoză crescută, V.S.H. crescut, adenopatii loco-regionale etc., în formele « esențiale », unde constatăm fenomene gingivitice și pioreice poate mult mai grave ca cele întîlnite în formele « simptomatice », totuși datorită **apatiei vitale organice,** în care fenomenele organice vitale se găsesc într-o stare accentuată de « prăbușire funcțională », de « areactivitate » față de agenții agresivi și **stress-anți,** sistemele organice respective, nu intervin **prin reacții de apărare, de blocare a procesului patologic evolutiv,** cum se întîmplă în formele « simpto-

matice ». Datorită acestor fenomene, reacția leucocitară este imperceptibilă, V.S.H. nu este crescut în raport cu gravitatea procesului supurativ, nu există febră și nici reacție ganglionară loco-regională. Această diferențiere de reacții organice generale, între aceste două categorii de parodontopatii, o considerăm de foarte mare importanță, atunci cînd discernămîntul, pe date de investigare clinice și de laborator, caută să definească cadrul nosologic și se încadrare în categorii parodontopatice, manifestările respective ale parodontului.

c) Elementul radiologic

Un alt element asupra căruia apreciem că trebuie să insistăm, considerîndu-l în studiul și practica parodontologică de o importanță primordială, **este elementul radiografic**, aspectul pe care ni-l realizează imaginile radiografice odonto-parodontale. Azi nu mai poate fi concepută nici cea mai elementară preocupare parodontologică, fără aportul imaginilor radiografice. Radiografia parodontului executată în cele mai desăvîrșite condiții tehnice de expunere, de developare, montare și prezentare de ansamblu a imaginilor ambelor arcade, cu realizarea detaliilor structurii osului alveolar pe toată întinderea lui, **reprezintă pentru studiile parodontologice un aport și o valoare inestimabile.** Pe baza aspectelor acestor imagini radiografice, fidele detaliilor structurale ale parodontului, se poate stabili concludent dacă conformația osului alveolar este respectată sau lezată. **Aspectele din imaginile radiografice reprezintă proba, care ne arată categoric dacă, caracterele structurii osului alveolar aparțin fie unei evoluții atrofice a senescenței organice, fie unei stări patologice « simptomatice » cu reacție de blocare gingivo-osteitică, fie unei stări « esențiale » cu procese disbiotrofice evolutive, cu aspect de estompare a marginii osului alveolar** etc. Sînt elemente care reprezintă date radiologice de mare importanță în stabilirea unui diagnostic concludent. Căci așa cum am mai menționat în formele « simptomatice », ușoare, cînd leziunea este limitată la mucoasa gingivală, **conformația osului alveolar, în general, își are respectată corticala delimitatorie.** Numai în manifestările gingivitice grave, unde fenomenele inflamatorii, prin durată, intensitate și evoluție, au lezat și suportul osos subiacent gingiei bolnave, **osul alveolar marginal apare lezat, știrbit.** Dar această leziune se prezintă cu **aspect de osteită,** care osteită are un caracter cu totul deosebit de aspectul marginal al osului alveolar în degradarea osteolitică parodontopatică esențială. Aici, osul lezat marginal este o osteită marginală prin inflamație, toxi-inflamație sau iritație traumatică, și **NU rămîne,** nu asistă indiferent la agresivitatea agentului nociv. Nu, el reacționează printr-un proces (bine cunoscut în chirurgia osoasă generală) **de reacție, de osteo-condensare și delimitare,** dacă nu și de reparare automată prin avortarea spontană a procesului osteitic supurativ, apărut marginal în conformația sa. Aspect care apare pe imaginile radiografice respective, **ca o zonă opacă** condensată, situată la marginea focarului, dîndu-ne impresia că barează tendința de infiltrare a procesului inflamator din focar. A se vedea fișele iconografice nr. 15, 17, 20 și 21 din partea a II-a a lucrării.

Scanned with OKEN Scanner

Acestor reacții ale parodontului față de virulența sau brutalitatea agentului provocator, se datoresc reacțiilor generale ale organismului respectiv, enunțate mai sus (febra, leucocitoza, V.S.H. crescut etc.).

Aspectul radiologic al osului alveolar în forma « esențială », însă, este cu totul deosebit de cel al formelor « simptomatice ». **Limbus-ul sau peretele septal** al osului (căci aceasta este partea din osul alveolar, evidențiabilă, deoarece restul osului este mascat de segmentul radicular), chiar din stadiul de debut al procesului disbiotrofic se găsește lezat spre partea sa **corticală.** La început septul apare ciupit sau știrbit, pentru ca apoi să se **distrugă progresiv prin osteoliză evolutivă,** în raport cu stadiul în care am surprins, la consultațiile noastre, procesul disbiotrofic în evoluția sa.

Acest aspect radiografic al osului alveolar este **patognomonic numai parodontopatiei esențiale.** În primul rînd, prin faptul că procesul osos pe imaginea radiografică nu se află net știrbit și cu eventuală zonă de reacție, ca în osteita manifestărilor « simptomatice », ci el apare **în topire,** cu aspect **de estompare,** în degradă, **spre marginea conturului său.** Apoi, cînd procesul inflamator cronic prin țesutul de granulație infiltrează zona peretelui alveolar spre spațiul periodontal, lărgindu-l, zona distrusă apare cu aspect crateriform, cu împingerea, foarte frecvent de către acest țesut de supurație, a segmentului radicular, determinînd dintelui respectiv **migrări în diverse sensuri,** uneori din cele mai ciudate (a se vedea « Triada simptomatică patognomonică »). În al doilea rînd, apatia vitală organică provoacă osului alveolar încă un element caracteristic al evoluției disbiotrofice « esențiale », a pus în evidență cu ajutorul imaginilor radiografice. Oricîtă atenție am depune la studierea aspectelor radiografice pe imaginile respective, în astfel de împrejurări patologice, **nu vom constata în aceste focare osoase disbiotrofice nici cel mai elementar fenomen de reacție, nu de reparare a procesului distructiv, dar nici cel puțin de delimitare a procesului depistat, în plină evoluție.** Structura de vecinătate a osului alveolar care se distruge rămîne total apatică, indiferentă în fața procesului evolutiv « esențial ». Acest element radiologic, alături de cel clinic și histopatologic al produsului osos prelevat din focarele disbiotrofice, definește în ansamblu tabloul caracteristic al **apatiei vitale organice,** care domină biologia și fiziopatologia categoriei parodontopatice esențiale.

Considerăm necesar să remarcăm importanța examenelor radiografice și pentru al doilea aspect parodontopatic esențial, adică **forma parodontopatiei esențiale « apioreice ».** Așa cum am expus în cele mai mici detalii în cartea « Parodontopatia esențială », parodontopatia esențială, în polimorfismul manifestărilor sale anatomoclinice, ce se prezintă în special sub două aspecte, care, deși aparent s-ar deosebi una de alta, în realitate reprezintă una și aceeași maladie — **parodontopatia esențială.** Adică, una se prezintă sub aspect **așa-zis uscat sau apioreic,** caracterizată numai prin denudare evolutivă și lentă a elementelor odontale la nivelul coletelor și cu o discretă halenă, asemănătoare celeilalte forme cu **aspect umed sau pioreic,** cu tabloul

Scanned with OKEN Scanner

caracteristic descris. Bineînțeles, între aceste două extreme patologice, se situează numeroase manifestări cu variate aspecte întîlnite în practica noastră, ceea ce a făcut pe unii autori să încerce să descrie nenumărate forme clinice după modul lor de manifestare, ca și după unele leziuni mai particulare.

Nici un alt element de investigare, în afară de aspectul radiologic al parodontului, nu poate stabili, în mod diferențiat, dacă această denudare evolutivă lentă și progresivă trebuie să o atribuim unei parodontopatii esențiale apioreice, care evoluează prin procese disbiotrofice insidioase, datorită predispoziției structurale a conformației marginale și structurii terminale neuro-vasculare a parodontului și factorilor determinanți **organici sau factorilor stress**-anți ceva mai atenuați ca intensitate și durată de acțiune redusă, sau să o atribuim unor **fenomene fiziologice firești unei senescențe care intervine precoce în viața și activitatea organismului respectiv.** În astfel de împrejurări, **numai aspectul imaginii radiografice definește diagnosticul diferențial al procesului disbiotrofic** al maladiei parodontopatice esențiale apioreice, proces care **se evidențiază prin liza în sens de estompare a osului alveolar** ce caracterizează radiologic maladia. **Spre deosebire de fenomenele senescenței,** unde este vorba de o **involuție atrofică,** care pe imaginile radiografice apare prin **reducerea înălțimii osului alveolar,** care, spre deosebire de aspectul disbiotrofic **osos, respectă conformația morfologică a conturului marginal,** dar ca urmare a acestei reduceri de înălțime, **se creează o denudare lentă și progresivă a segmentului radicular** al dinților respectivi la nivelul coletelor. Acest element radiologic de diferențiere **între procesul disbiotrofic evolutiv, și cel de involuție atrofică** ajută, în mod indiscutabil, la stabilirea unui diagnostic precis, ceea ce este de mare folos la indicațiile sau contraindicațiile asistenței terapeutice care să fie în strînsă corelație cu realitățile patologice.

Cu aceste cîteva elemente importante, descrise detaliat mai sus, considerăm că vom reuși ajutați și de aspectul imaginilor din fișele iconografice, care urmează și pe care le prezentăm cu explicațiile corespunzătoare, să ilustrăm cea mai mare parte din eventualitățile patologiei parodontului, ajutînd prin aceasta, munca de cercetare și activitate practică a stomatologului, cu preocupări parodontologice. Avem convingerea că datorită acestui material explicativ și iconografic, orice parodontolog, chiar cu mai puțină experiență în materie, se poate ușor documenta și orienta în domeniul parodontologiei, mai ales practice, stabilind pe criteriul celor expuse în capitolele precedente, în primul rînd, **ce este și trebuie să se înțeleagă prin « parodontopatie »,** în general, și **parodontopatie « esențială sau parodontopatie simptomatică »,** în special. Odată stabilit cadrul nosologic al categoriilor respective, să practice o asistență, aplicată **pe principii și metode eclectice** bine chibzuite, în raport cu fiecare stare parodontopatică, din cele pe care pînă azi adepții concepției localiciste le-au creat și verificat pentru aspectele « simptomatice », iar pentru forma « esențială » să aplice o atitudine terapeutică eficientă, după modalitățile concepției noastre de tratament, **prin măsuri generale, neuro-hormonale etc., iar local, să**

Scanned with OKEN Scanner

pună în practică metoda noastră chirurgicală, prin introducerea în septurile pereților alveolari **a biostimulatorilor de omoimplante de Os-Minerale, cu scopul recondensării osului alveolar, surprins în degradare osteolitică, realizînd astfel prin această** remineralizare recondensatorie, stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale.

Fișele iconografice, în care sînt expuse explicații cu detalii asupra a ceea ce ele reprezintă, am găsit necesar să fie sistematizate în 4 capitole, fiecare capitol cu semnificația respectivă, pornind de la aspectul normal al parodontului și continuînd cu aspectele mai exemplificative ale patologiei parodontului atît din categoria « simptomatică » cît și cea « esențială ». Completăm documentația cu aspecte patologice, prin fișe iconografice, ale unor eventualități parodontologice, care prin anomaliile pe care le arată, ar putea induce în eroare preocupările de discernămînt, creînd situații pentru cel care examinează astfel de cazuri, să ajungă la concluzii greșite de diagnostic care ar putea fi urmate de implicații de ordin terapeutic, ce s-ar îndepărta de realitățile stării parodontale, fie ele patologice, fie de conformație ocluzo-articulară în dezechilibru ortodontic, fie de dezvoltare genetică.

Aceste 4 capitole sînt:

Aspectele parodontului în stare normală.

Aspectele parodontopatice simptomatice.

Aspectul parodontopatiei esențiale.

Aspecte parodontale care pot crea probleme de interpretări eronate.

Scanned with OKEN Scanner

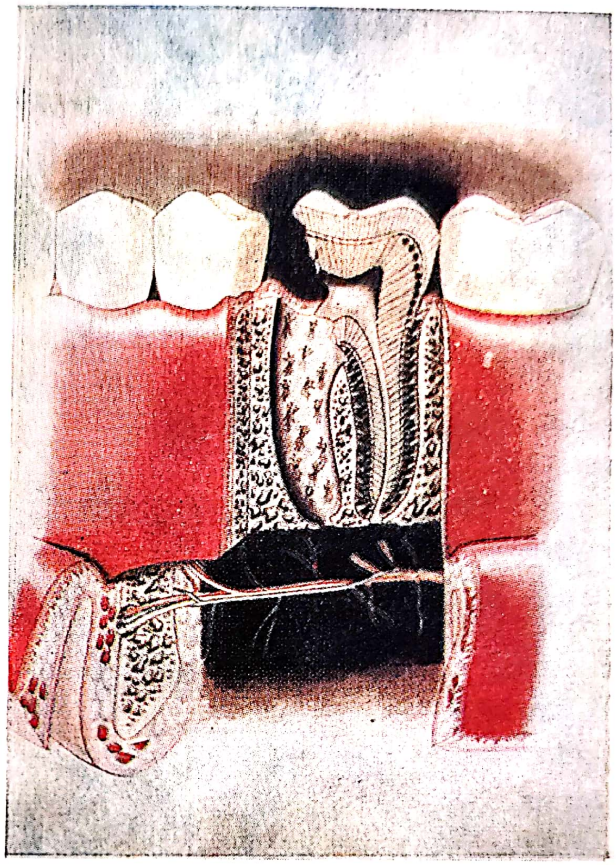
Capitolul 2

Aspectele parodontului în stare normală

Aceste aspecte ale parodontului în stare normală sînt prezentate sub formă de scheme, aspectul scheletic al parodontului normal, aspecte normale radiografice parodontale, aspectul clinic al parodontului muco-gingival corelat cu imagini radiologice corespunzătoare, după care s-a trasat graficul parodontului normal, parodontograma.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 7

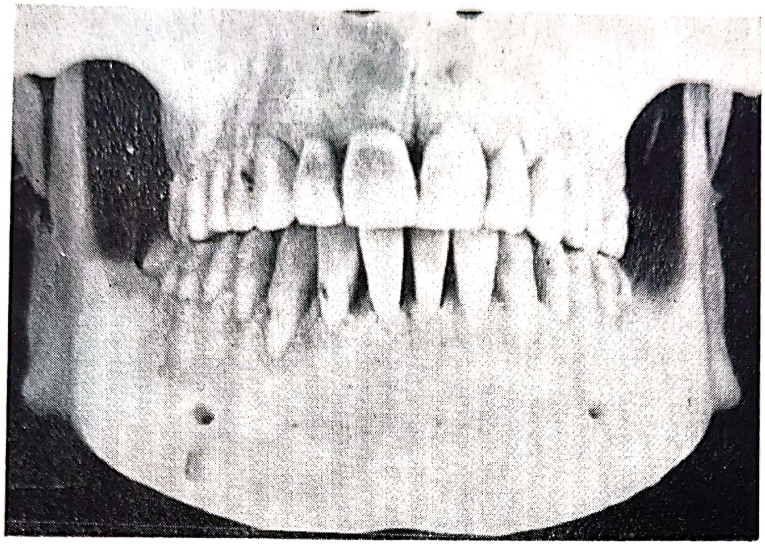


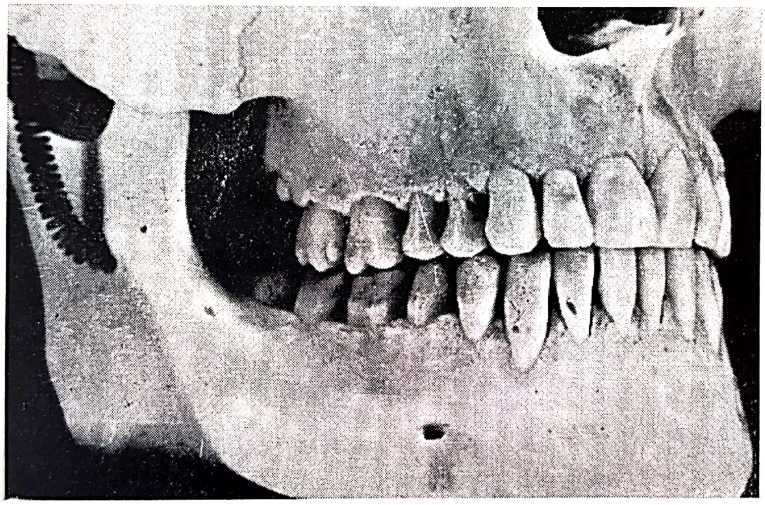
Fișa nr. 7 prezintă parodontul normal în corelație cu conformația elementului odontal — segmentul radicular, în schemă.

Conformația morfo-structurală și funcțională a parodontului gingivo-ligamento-osteo-alveolar și raporturile sale cu segmentul radicular al dintelui sau al odontului. Se constată evident, cum cimentul radicular nu face parte constituentă din conformația parodontului, ci reprezintă un strat structural care acoperă dentina segmentului radicular pe de o parte, iar pe de altă parte creează locul de inserție a ligamentului alveolo-odontal care, prin modul cum este dispus reglează, definește și limitează **echilibrul funcțional** în actele microtraumatice care se exercită asupra suprafețelor coronare ale elementelor odontale și indirect asupra parodontului, prin pereții alveolari și zona apicală a alveolelor.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 8

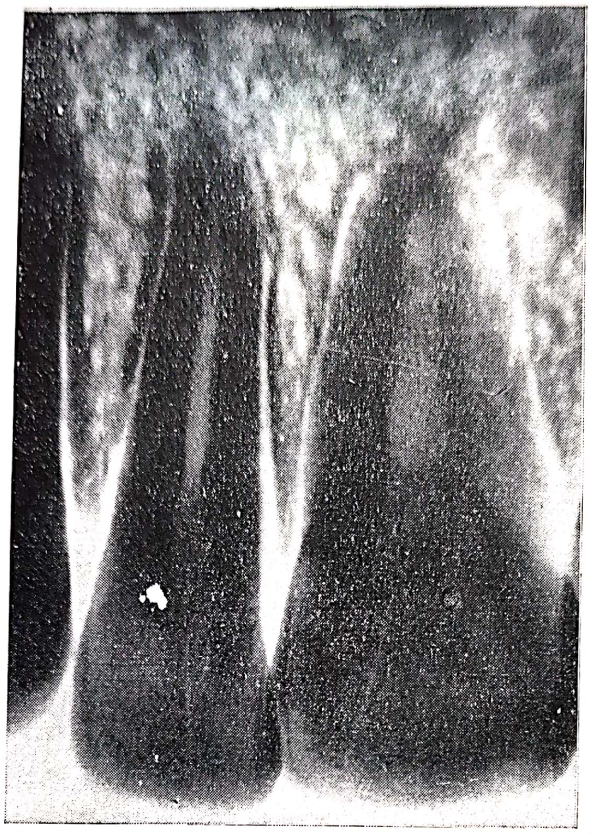




Fișa nr. 8 prezintă parodontul sub aspect scheletic. Imagini din față și semisagital ale aspectului scheletic al parodontului normal.

Este deosebit de important de reținut caracterele acestui aspect normal, deoarece ele, în primul rînd, corespund fidel aspectelor realizate pe imaginile radiografice, unde corticala este intactă, și în al doilea rînd, reținerea lor, ne ajută să diferențiem aspectele patologice survenite în conformația acestui organ. Fie că acestea ar fi de ordin « esențial » așa cum ne demonstrează evident aspectul craniului cu procese de liză disbiotrofică « esențială », și imaginile radiografice cu procese disbiotrofice, fie că ar fi de ordin osteitic, cum se întîmplă în unele procese inflamatorii gingivo-osteo-alveolare prin cauze secundare, unde radiografic se evidențiază o zonă de reacție condensantă a osului alveolar, fie că aceste aspecte trădează **categoria involuției atrofice,** element care caracterizează și pune în evidență fenomene ale stadiului organic din epoca ultimă a vieții, adică a senescenței propriu-zise, unde osul alveolar se reduce în înălțime, **limbus**-ul septal se reduce, se șterge din ce în ce, dezgolind lent și progresiv segmentul radicular. Acest fenomen de **involuție atrofică** reduce forma conformației, volumetric și ponderal, dar nu distruge, ci respectă contururile morfo-structurale, respectiv corticala osului alveolar, ca de altfel a întregului schelet.

FIȘA NR. 9



Fișa nr. 9 prezintă parodontul normal, aspect radiografic (grup frontal).

Imaginea **limbus**-ului septal în conformație normală a parodontului osos.

Aspectul clar, evident, al corticalei septului, pînă în vîrful **limbus**-ului. Orice ciupire sau distrugere a acestei desăvîrșite conformații, creează ipoteze și premise patologice parodontopatice — fie **simptomatice**, fie **esențiale**, — aceasta în raport cu factorul cauzal provocator, fie definit fie ipotetic. Aspectul acestei imagini este deosebit de important a fi reținut în vederea definirii caracterelor de diferențiere a manifestărilor parodontopatice « simptomatice » de cele « esențiale ».

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 10

Fișa nr. 10 prezintă parodontul normal, aspecte radiografice (grup molar-premolar și frontal mandibular).

Imaginea aspectului normal al osului alveolar, evidențiat prin **limbus-**ul septal. Elemente structurale, de reținut, în vederea stabilirii diferențierii între aspectele proceselor lezionale simptomatice, față de cele esențiale.

Este pusă în evidență corticala și trama spongioasă a septului și osului alveolar.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 11

Fișa nr. 11 prezintă aspectul radiografic normal parodontal (arcada maxilară).

Imagine radiografică a unei zone odonto-parodontale din arcada maxilară.

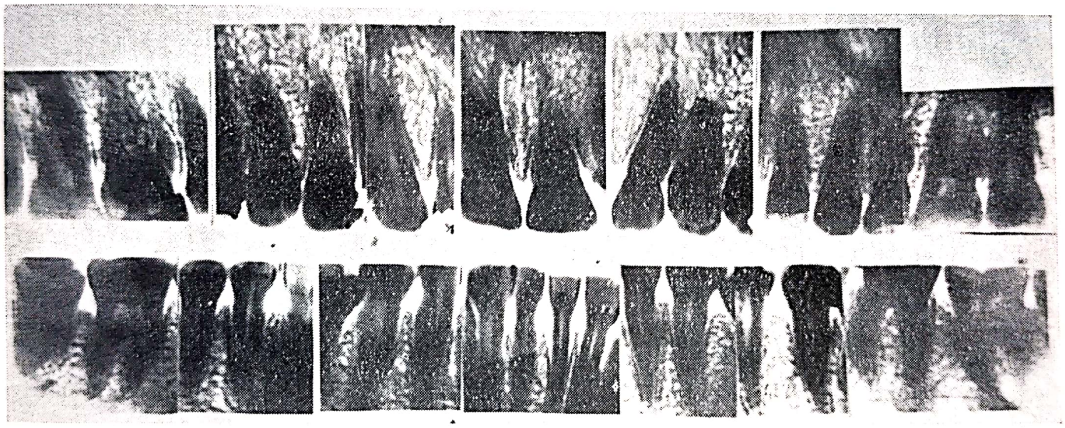
Aspectul conformației structurale a septurilor avînd **corticala limbus-**ului intactă, adică nici lezată, nici redusă în înălțime (ca în fenomenele involutive atrofice), care reprezintă elementul caracteristic al **aspectului normal.** Orice leziune existentă în structura mucoasei gingivale **care nu a lezat, nu interesează prin evoluția ei** structura morfo-funcțională a osului alveolar subiacent — este o parodontopatie, dar de natură simptomatică, adică secundară, fiind atribuită unui factor cunoscut sau definit.

Cînd fenomenele simptomatice gingivitice sînt prea grave, prea **intense în evoluție** ele pot leza și conformația marginală a osului alveolar subiacent. Dar, în asemenea circumstanțe, osul lezat nu se prezintă pe imaginea radiografică cu aspectul **de liză,** ca în procesul disbiotrofic evolutiv, unde predomină **fenomenele de apatie vitală,** ci osul, deși își are corticala lezată sau distrusă, **reacționează** printr-un proces de **osteocondensare,** de **blocare** și de delimitare a procesului patologic provocat de vreun factor inflamator, traumatic etc.

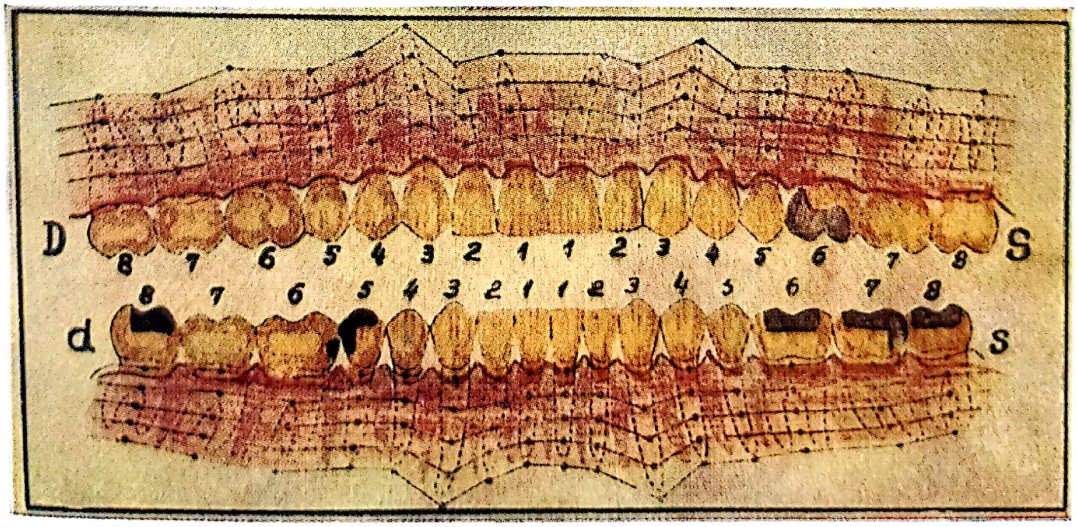
Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 12

A



B



C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 12 prezintă aspectul parodontopatului normal clinic și radiografic.

Imaginea A — aspectul clinic normal, perfect sănătos, al mucoasei gingivale cu papilele sale inter-odontale.

Imagine pe care trebuie să o aibă fiecare bine întipărită în minte, căci numai în raport cu caracterele acestui aspect normal, se pot diferenția, chiar de la prima vedere, variatele fenomene și leziuni patologice, care intervin din multiple cauze, în conformația parodontului, determinînd **vastul și complexul polimorfism patologic** de la acest nivel.

Imaginea B — aspectul radiografic al parodontului osteo-alveolar normal, bilanțul radiologic odontoparodontal.

De asemenea, este bine să se rețină imaginea **limbusurilor** septale care se prelungesc pînă la colet, aproape de marginea stratului de smalț, cu aspectul corticalei intacte. Și acest caracter este deosebit de important pentru a fi reținut, deoarece prin raportare la acest aspect normal se vor stabili și enunța procesele lezionale, fie de ordin disbiotrofic din parodontopatia esențială, fie de altă natură lezională — inflamatorie (cu reacția respectivă), traumatică sau chiar de ordin neo-hiperplazic.

Imaginea C — imaginea graficului parodontului osteo-alveolar în stare normală, — parodontograma. Conturul marginal al osului alveolar, se află imediat sub marginea smalțului. Aici se face inserția mucogingivală și a ligamentului gingivo-alveolo-odontal.

Orice leziune, indiferent de ce natură, apărută la acest **nivel, alterează echilibru morfo-funcțional,** atît de desăvîrșit echilibrat și armonizat de legile naturale filo- și onto-genetice, ca și de cele ale solicitărilor funcționale odonto-parodontale.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 3

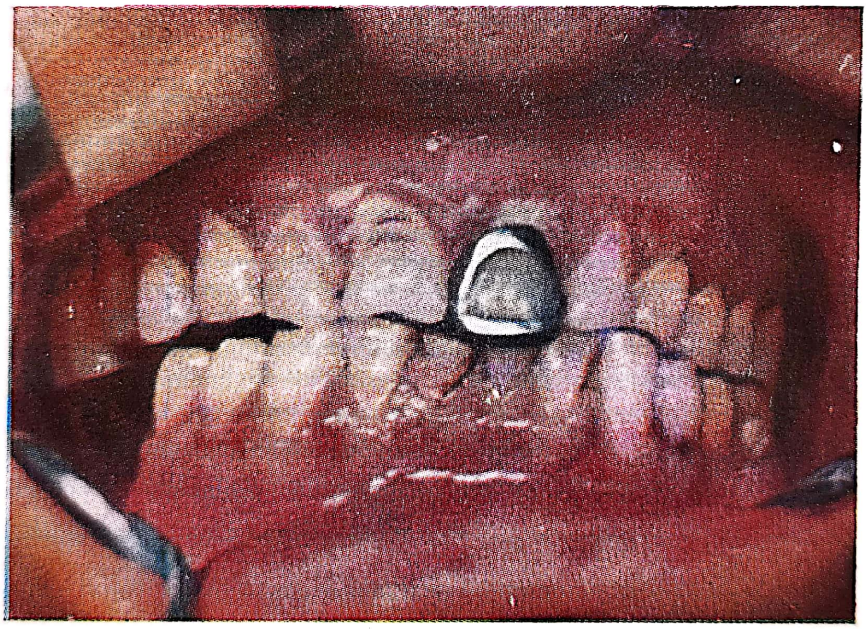
Aspecte parodontopatice simptomatice

Acest capitol, cuprinde varietatea și complexitatea eventualelor manifestări parodontopatice, subordonate sau determinate de multitudinea factorilor cunoscuți, **locali — buco-odontali** (prin inflamații, iritații, micro-traume etc.), în care circumstanțe **diversele fenomene patologice organice generale** nu au decît un rol de **agravare**. În ansamblul său, acest capitol și sub aspect patologic și de asistență, constituie cadrul preocupărilor parodontologice, ale partizanilor **concepției localiciste.**

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 13

A



B

Fișa nr. 13 prezintă aspectul parodontopatic simptomatic de natură iritativ-inflamatorie medicamentoasă.

Pacienta D.P., 45 de ani, îngrijitoare de bolnavi în Spitalul Bucur. Avînd gingiile dureroase, inflamate și sîngerînde, ne este trimisă pentru consultație și tratament.

Imaginea A — aspectul clinic periodontal al lizereului mucoasei gingivale (palatinal și lingual) vorbește de la sine. Dureri și sîngerări la atingerile exploratorii, creează, la prima vedere, suspiciunea unor manifestări parodontopatice esențiale. Există, însă, ceva ce nu corespunde susținerii acestui diagnostic, și anume: acest lizereu este dureros și este însoțit de acea ușoară reacție ganglionară submandibulară; absența unor depozite de tartru care ar provoca și întreține

Scanned with OKEN Scanner

o iritație a mucoasei, ușoară febră vesperală (37°,4). Apoi, din anamneză, reiese că acest lizereu a apărut și dăinuiește de circa 2 săptămîni, el coincizînd cu luarea unui medicament și anume **cloramfenicol,** — prescris de medic, pentru o suferință de altă natură.

Aceste elemente, depistabile la examenul clinic, ne determină, pentru diagnostic, să facem examenul radiografic al sistemului alveolo-odontal.

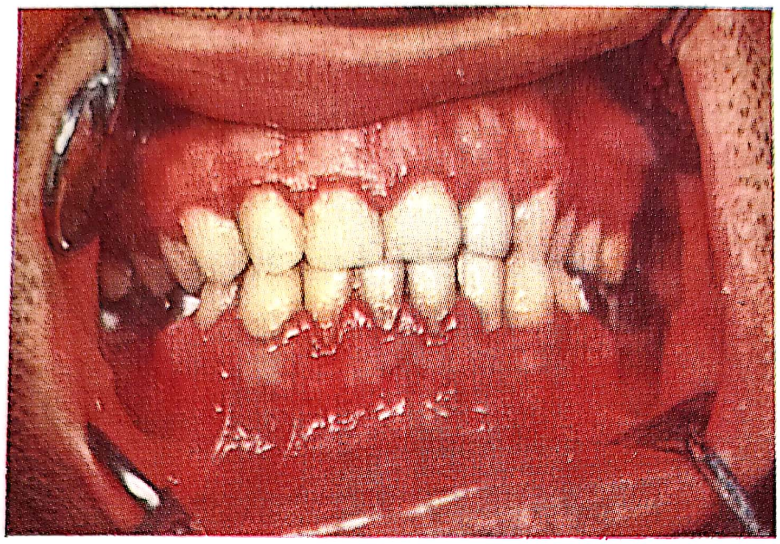
Aspectul osteo-alveolar, pe imaginile realizate, ne **arată integritatea structurală a limbusurilor septale.** Acest fapt corelat cu datele din anamneză și clinice, ne indică diagnosticul de **parodontopatie simptomatică,** atribuită noxei medicamentoase, prin tratamentul cu cloramfenicol.

Proba terapeutică, eclectic aplicată — suprimarea imediată a acestei medicații, igienă bucală bine aplicată, completată cu băi calde bucale dezinfectante — face ca după 10—12 zile, totul să reintre în normal, fără nici o altă preocupare de tratament, mai complicat.

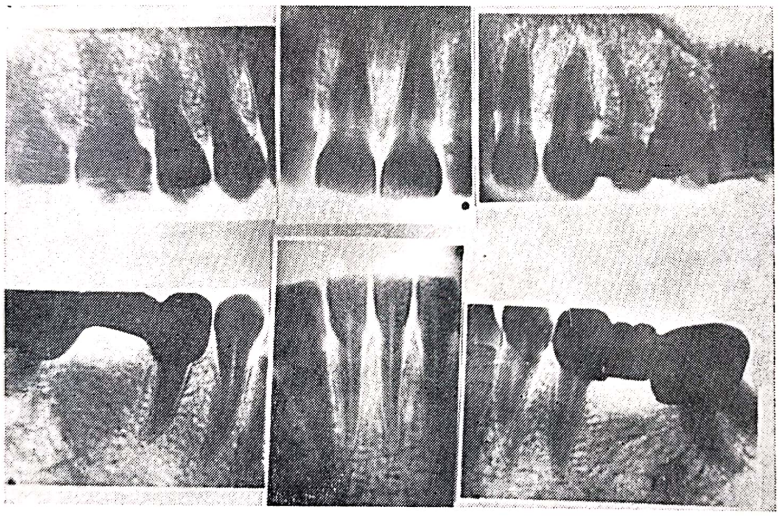
Imaginea B — După aceste cîteva zile de tratament, diagnosticul pus este confirmat și prin proba terapeutică aplicată.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 14



A



B

C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 14 prezintă aspectul de parodontopatie simptomatică, gingivitică, prin neglijarea regulilor de igienă bucală.

Imaginea A — Pacienta E.H., 20 de ani, muncitoare țesătoare, este dirijată la Centrul de Parodontologie, pentru acest aspect din imaginea A, bănuindu-se manifestări parodontopatice care trebuie rezolvate prin operație.

Aspectul acestor manifestări, într-adevăr, prin caracterul lor, la prima vedere ar crea premisele unei manifestări de tip «esențial», care ar impune o asistență mai complexă și deosebită.

Dar cum ele dăinuiesc de aproximativ 7—8 zile, evoluează cu dureri, mai ales la actele funcționale, ușoară reacție ganglională, hemograma cu leucocitoză de 9 600, fără depozite de tartru care ar fi putut provoca o iritație inflamatorie pe toată întinderea arcadelor, absența vreunei medicații cu eventuale fenomene de intoxicare, absența unei intoxicații alimentare, ne creează bănuiala că acest tablou clinic este superficial, adică redus la inflamația mucoasei gingivale (zona ei marginală), care s-ar datora cu precădere unei neglijențe în igiena bucală. Urmează ca prin coroborare cu examenul radiologic să confirmăm sau să infirmăm diagnosticul bănuit.

Imaginea B — examenul aspectelor pe imaginile radiografice, ne arată integritatea osului alveolar, confirmînd deci diagnosticul stabilit pe baza elementelor clinice.

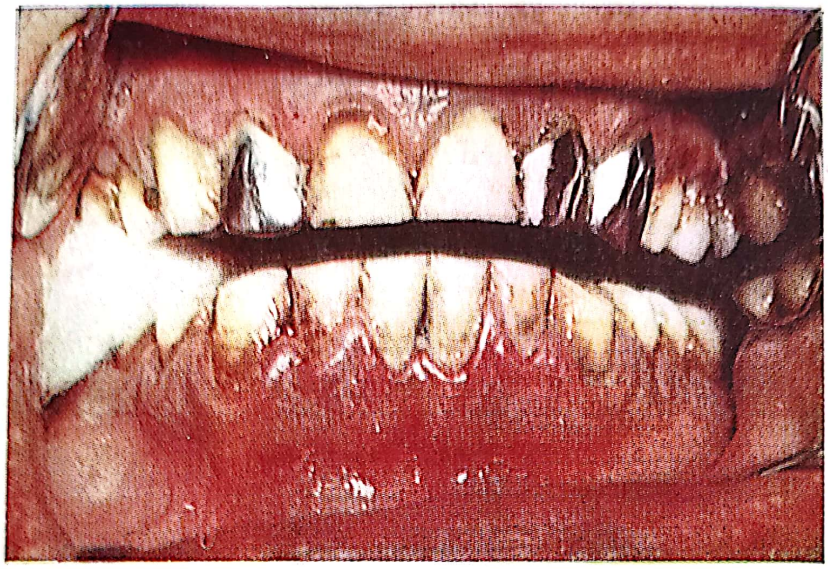
Conform eclectismului terapeutic, nu facem altceva, decît să aplicăm practic modalitatea cea mai adecvată realităților patologice. Adică: instructaj, bine explicat și demonstrat pe machete, asupra igienei bucale și periajului tehnic ca și a detartrajului sistematic. Pînă la vindecarea leziunilor, băi calde bucale cu tizane de **camomilla**, alternînd de 3—4 ori pe zi cu dezinfecție bucală, insistînd asupra zonelor gingivale bolnave, cu o soluție diluată de « Paradenta*» sau « Parodonta », apă de gură întocmită după formula noastră, cu ingrediente dezinfectante, sclerozante și cicatrizante.

Imaginea C — aspectul arcadelor după 2 săptămîni de tratament elementar, care se aplică obișnuit în aspectele « simptomatice », în Centrul de Parodontologie.

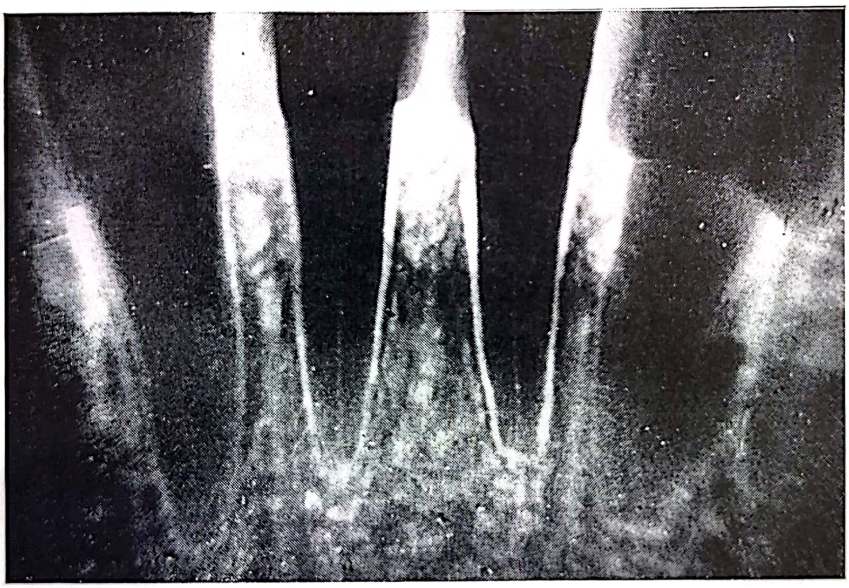
---

* Apa de gură medicinală « **PARADENTA** » Brevet — O.S.I.M. (Oficiul de Stat p. Invenții și Mărci N. 55 853/1972.

FIȘA NR. 15



A



B

Fișa nr. 15 prezintă parodontopatia simptomatică acută, prin ignorare a elementelor regulii de igienă bucală.

M.S., 42 de ani, muncitor necalificat. Pacientul este dirijat la Centrul de Parodontologie de la Cabinetul de Întreprindere, pentru asistență parodontopatică.

Imaginea A — aspectul clinic caracteristic al unei guri neîngrijite (i s-a menținut deschiderea arcadelor, printr-un tampon de vată, plasat între arcade în dreapta).

Tartru abundent, în special în zona frontalilor mandibulari, cu gingivită tartrică tipică. Mucoasa gingivală marginal inflamată și sîngerîndă pe toată întinderea arcadelor. Resturi alimen-

Scanned with OKEN Scanner

tare între dinți și la nivelul coroanelor defectuos adaptate la colet. Cîteva distrucțiuni odontale cu resturi radiculare. Din cavitatea bucală degajă un miros de gură nespălată, dar nu asemănător celui de tip « esențial », de țesuturi în putrefacție.

Aspectul și afirmațiile pacientului, care ne confirmă că nu și-a spălat gura de multă vreme, din anumite circumstanțe, ne face să bănuim că este vorba de o parodontopatie prin neîngrijire buco-odontală, adică « simptomatică ».

Imaginea B — aspectul imaginilor radiografice. În adevăr, prin existența integrității parodontului osteo-alveolar, ni se confirmă diagnosticul clinic. **Este o parodontopatie gingivitică simptomatică,** tartrică și prin neîngrijire buco-odontală, ceea ce în literatură se cunoaște sub denumirea de **schmutz pyorrhoe.** Dar, prin studierea mai cu atenție a imaginii radiografice de la nivelul zonei frontalilor mandibulari, zonă cu tartru abundent subgingival și cu gingia iritată și inflamată, constatăm un fenomen foarte **interesant și caracteristic** inflamației gingivitice prin **cauză definită.** Acest element constă, așa cum am menționat atunci cînd vorbeam de fenomenele inflamatorii ale gingiei, prin cauze cunoscute, **spre deosebire de cele existente în tabloul parodontopatiei esențiale,** dintr-un fenomen de reacție a osului alveolar, evidențiat printr-o zonă de **osteocondensare** spre vîrful **limbus**-ului, care deși își are extremitatea ciupită de corticala sa, totuși prin reacție osoasă de recondensare, delimitează și blochează fenomenele inflamatorii survenite la nivelul mucoasei gingivale corespunzătoare ca și în fundurile de sac respective.

Acest element de reacție a osului alveolar, asupra căruia am insistat mai mult, **este de foarte mare importanță** în preocupările parodontologice. Prin el și numai datorită lui, fără a recurge la proba terapeutică, reușim să punem un **diagnostic precis,** adică să facem un **discernămînt** — principiu cardinal — între aspectele « simptomatice » și cele « esențiale ».

Datorită stabilirii acestui diagnostic, prevenim și celelalte implicații de ordin terapeutic, pe care le poate impune o greșeală de interpretare a fenomenelor patologice. Căci, ignorarea importanței acestui examen radiologic, dat fiind aspectul clinic, ar putea duce la considerare, unei parodontopatii complexe ca formă și manifestări, ceea ce ar impune o asistență complexă prin actele sale, mult îndepărtată de realitatea patologică, **fapt de o gravitate deosebită pentru prestigiul unui practician.** În acest caz, conform conduitei activității Centrului de Parodontologie, axată fidel pe cele două principii cardinale, **al discernămîntului de interpretare și al eclectismului terapeutic,** după definirea caracterelor aspectului parodontopatic, se aplică asistența corespunzătoare: detartraj, badijonării loco-gingivale 3—4 zile, cu o soluție concentrată de clorură de zinc (după formula respectivă), băi bucale calde cu ceaiuri de **camomilla,** alternativ 1—2 ori pe zi cu soluție dezinfectantă Rivanol 2%, în care se pune o linguriță din compoziția de clorură de zinc. Apoi, printr-un instructaj dat, i se prescrie o igienă bucală bine dirijată și supravegheată, folosind, după periajul obișnuit, clătirea cavității bucale cu o soluție diluată din apa de gură medicinală « Paradenta ».

Cu ocazia prezentării acestei fișe iconografice, ne permitem să facem și alte considerații, pe care, le credem deosebit de edificatoare.

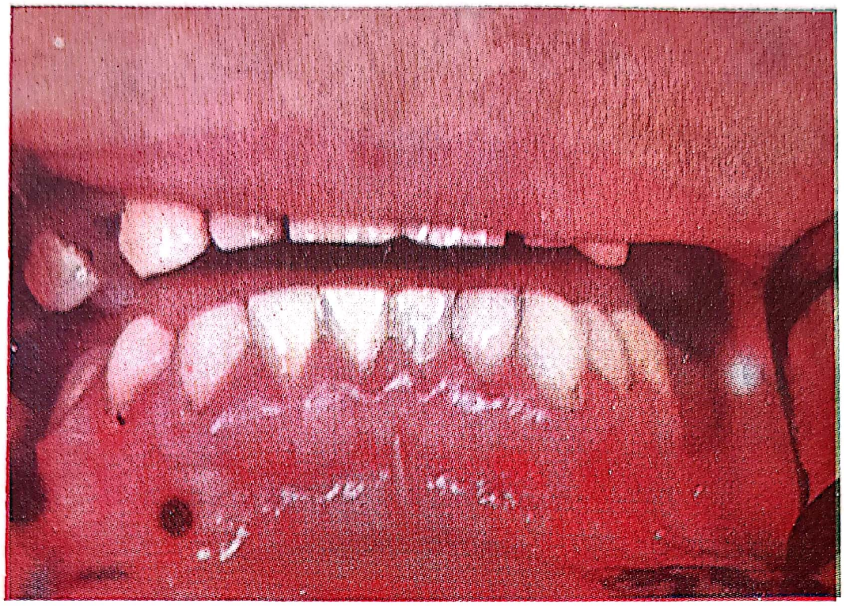
Adepții concepției localiciste, în astfel de circumstanțe patologice, orientîndu-și pe criterii localiciste teoriile și principiile sau metodele de tratament, ajung să se încurce în complexitatea fenomenelor, din care cauză emit teorii și metode eronate. Căci, pe aspectul clinic inflamator și existența tartrului abundent, ei afirmă și susțin **« teoria factorului inflamator și iritativ prin tartru dentar »,** fără a specifica despre care aspect parodontopatic este vorba. De aici încep și implicațiile terapeutice. Căci după îndepărtarea tartrului, fie manual, fie ultra-sonic, unii practică **spary**-uri dezin-

Scanned with OKEN Scanner

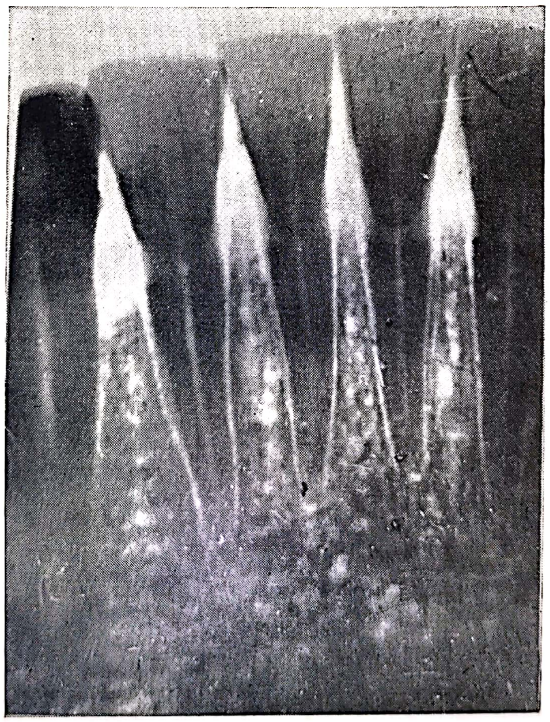
fectante, infiltrații sclerozante etc. Alții cu manualitate operatorie, practică chiuretajul subgingival sau chiar gingivectomia, operația Neumann etc. Dacă s-ar fi avut în vedere **principiul discernămîntului clinic,** coroborat cu cel radiologic, pentru ca apoi pe baza acestui discernămînt să pună în practică **principiul eclectismului terapeutic,** aplicat în strînsă corelație cu aspectul clinic și leziunea histo-morfologică subiacentă, evidențiată de imaginea radiografică, multe din astfel de modalități de tratament nu ar mai fi fost necesare.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 16



A



B

Fișa nr. 16 prezintă un alt aspect de parodontopatie simptomatică prin iritație tartrică, pe versantul lingual al arcadei zonei frontale.

Scanned with OKEN Scanner

Pacienta este o elevă la o școală profesională, 19 ani, fără alte manifestări patologice ale economiei organice. Este dirijată la Centrul Parodontologic, bănuită de manifestări parodontopatice grave și evolutive.

Imaginea A — Dat fiind că manifestările erau recente și limitate la zona frontală inferioară, întovărășite de prezența unor depozite de tartru subgingivale, foarte aderente pe suprafața coletelor odontale, ne-am gîndit de la bun început, la manifestări superficiale parodontopatice gingivitice, simptomatice, atribuite iritației tartrice.

Imaginea B — Într-adevăr, aspectul din imaginea radiografică B, prin integritatea sistemului osteo-alveolar, corespunzător zonei afectate, ne confirmă diagnosticul clinic.

Desigur principiul eclectismului terapeutic a impus: **un chiuretaj subgingival** și NU gingivectomie sau alte modalități, care ar fi complicat mai mult lucrurile, decît o rezolvare imediată și eficientă.

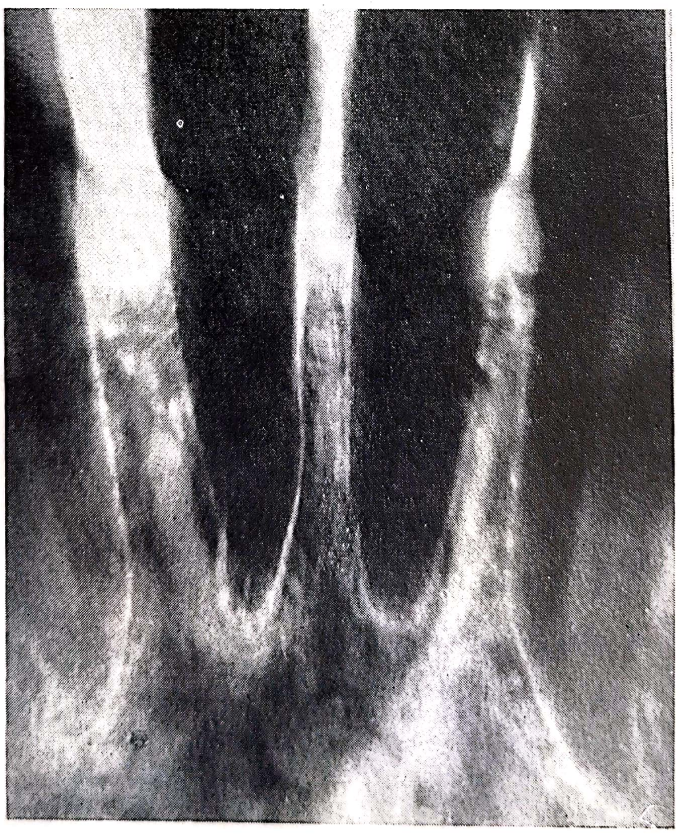
Deci, imediat detartraj, actul chiuretajului, badijonaje dezinfectante și sclerozante (noi practicăm sol. 20% Cl_2Zn pentru astfel de badijonaje), apoi igienă bucală supravegheată, completată cu clătirea cavității bucale de 2 ori pe zi, cu o soluție diluată din « PARADENTA » (apa noastră de gură medicinală).

În cîteva zile manifestările parodontopatice au dispărut și totul a reintrat în normal.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 17

A



B

Scanned with OKEN Scanner

C

Fișa nr. 17 prezintă un aspect de parodontopatie simptomatică de natură iritativ și inflamator tartrică.

Imaginea A — Aspect clinic ocluzal normal, psalidodont, cu abundent depozit tartric vestibular la nivelul 31.

Prin procesul inflamației iritative la nivelul elementului odontal 31, a fost provocat un fenomen discret de **migrare în sens ocluzal** (imaginea este cu arcadele întredeschise).

Imaginea B — aspectul pe imaginea radiografică al limbusului septal 41—31 și 31—32, ciupit la vîrf, de zona sa corticală, dar cu prezența discretă a unei **reacții de blocare și delimitare a leziunii osteitice de debut,** provocată de inflamația datorită iritației depozitului tartric.

Imaginea C — aspectul gingival și odontal, după terminarea actului terapeutic — detartraj, **șlefuire corectoare** a elementului odontal ușor migrat, urmate de badijonaje dezinfectante.

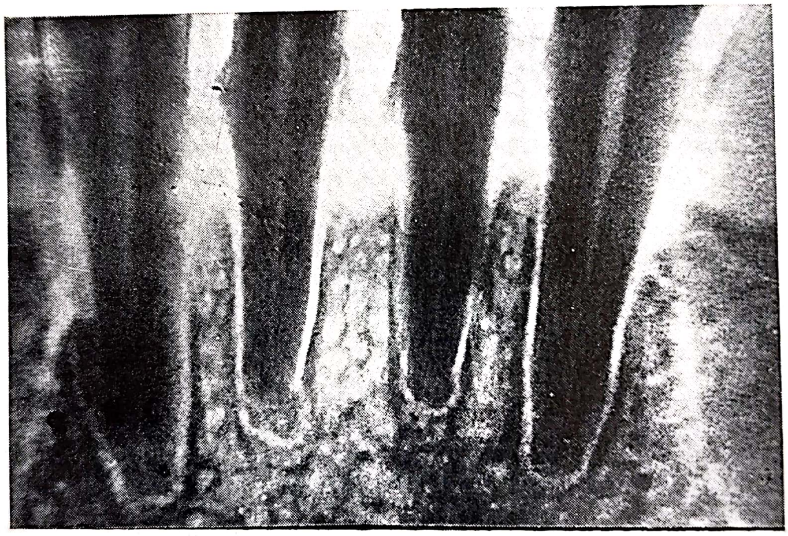
Conform principiilor eclectismului terapeutic se aplică detartrajul, cauterizarea zonei ulcerate și inflamate, rămasă după îndepărtarea depozitului de tartru; aici preconizăm **șlefuirea selectivă corectoare** a elementului odontal 31 migrat, după care se recomandă, 3—4 zile băi bucale calde cu **camomilla,** apoi o igienă bucală supravegheată, completată prin clătirea cavității bucale, dimineața și seara după periaj, cu o soluție diluată din apa de gură medicinală « PARADENTA ». În fiecare lună detartraj.

Scanned with OKEN Scanner

FIŞA NR. 18

A

B



C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 18 prezintă parodontopatia simptomatică gingivitică prin iritație și inflamație tartrică.

Imaginea A — aspectul clinic al zonei frontale mandibulare, care prin existența abundentă a depozitului de tartru, atît vestibular, cît și lingual, vorbesc și explică de la sine natura etiologică a gingivitei grave, care se vede pe această imagine. Acest aspect îngrijorînd pacientul că își pierde dinții prin manifestări parodontopatice, l-a determinat să se prezinte la consultațiile noastre, pentru îndrumări și eventual tratament.

După aspectul clinic, bănuind diagnosticul unor manifestări simptomatice, atribuite fenomenelor iritative determinate de existența tartrului atît de abundent, depus periodontal și subgingival, pentru confirmare, am supus pacientul și unui examen radiologic.

Imaginea B — pune în evidență, în primul rînd, existența depozitelor de tartru, aderente de coletul elementelor odontale din zona respectivă și, în al doilea rînd, reducerea cu o treime a limbus-urilor septelor interalveolare, mai ales între 42—41, 41—43, și mai puțin între 31—32, știrbiri datorită procesului iritativ inflamator, provocat de aceste depozite tartrice.

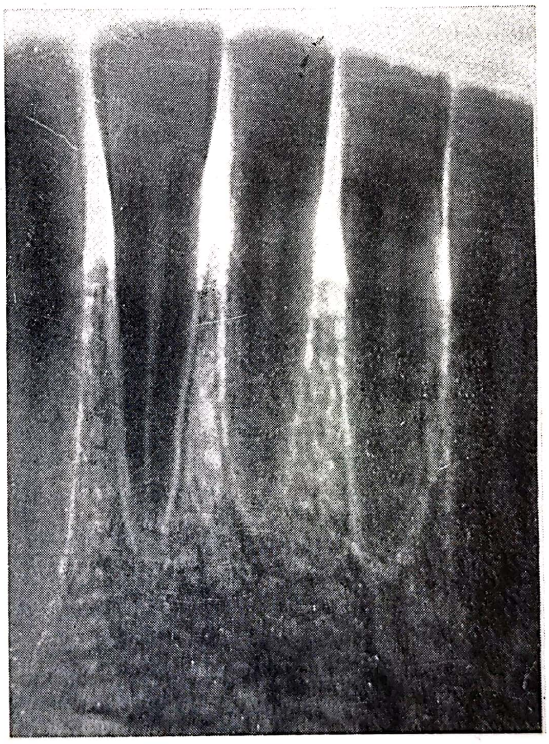
Dar, spre deosebire de aspectul din imaginile cu procese « esențiale evolutive » din fișele **28** și **29** și aici ca și în fișele **15, 17, 20** și **21,** pe extremitatea **limbus**-urilor interseptale rămase știrbite, **se remarcă,** deosebit de caracteristic, existența unei **zone de reacție condensatorie** a osului alveolar, prin care este delimitată **leziunea osteitică** în tendința ei evolutivă.

Acest aspect ne confirmă că avem de-a face, în coroborare cu aspectele clinice, cu o parodontopatie simptomatică, de natură **iritativ-inflamatorie tartrică,** care prin îndepărtarea acestor depozite (manual sau ultrasonic) și unele măsuri elementare de dezinfecție locală și igienă bucală, se remediază și totul revine la normal.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 19

A



B

Fișa nr. 19 prezintă un aspect parodontopatic simptomatic prin hiperplazie gingivală pe fond discrazic — leucoză cu monocite.

V. S., elev, 18 ani, internat în Serv. Medical al Spitalului Bucur, pentru fenomene splenomegalice, cu modificări grave ale hemogramei și V. S. H. crescută, este trimis pentru examen și tratament parodontologic.

Imaginea A — aspect clinic de hiperplazie a mucoasei gingivale marginale și a papilelor interodontale în zona frontalilor mandibulari, pînă spre zona premolaro-molarului 36—46. Sîngerare abundentă și îndelungată la cea mai mică atingere. Absența foetorului.

Scanned with OKEN Scanner

Fără ezitare — examen radiologic.

Imaginea B — aspect de integritate a conformației osului alveolar, cu integritatea structurală a **limbus**-urilor septale interalveolare.

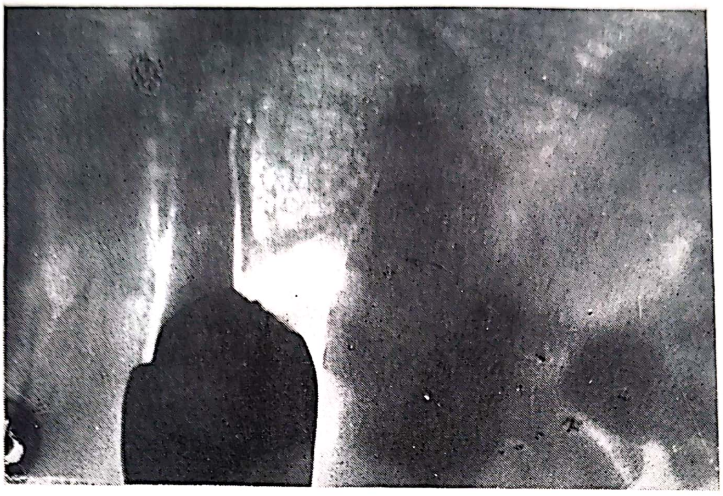
Deci, conform principiului discernămîntului de interpretare, este vorba de un fenomen patologic mai complex, al organismului, cu implicații generale, inclusiv și la nivelul marginal al mucoasei gingivale.

Într-adevăr, prin investigații după foaia de observație și informațiile luate de la medicul internist, care îl are în supraveghere, pacientul se află spitalizat pentru **splenomegalie cu discrazie prin leucoză** cu monocite. Deoarece aceste fenomene locale gingivale, datorită unei proliferări **in situ** a celulelor leucozice, asociată cu o vasodilatație și edem infiltrativ în corionul mucoasei, jenau foarte mult ocluzia (în fotografie ocluzia este menținută cap la cap, pentru a putea expune leziunea mai bine, căci altfel ea este psalidodontă). Ca și celelalte acte funcționale odonto-bucale, inclusiv și igiena bucală care devenise, prin sîngerări abundente, foarte dificilă de întreținut, după o pregătire prealabilă a pacientului, conform principiului eclectismului terapeutic, i-am aplicat o **gingivectomie,** cu scopul îndepărtării țesuturilor hiperplazice, urmată de o asistență locală postoperatorie, pînă la cicatrizarea plăgii operate.

Ținem să facem următoarea remarcă: cazul revăzut după 7 luni, deja prezenta o ușoară recrudescență gingivo-papilară hiperplazică, ceea ce a impus o serie de cauterizări medicamentoase ale acestor țesuturi și papile hiperplaziate.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 20



Fișa nr. 20 prezintă parodontopatia simptomatică prin defect de executare și aplicare protetică conjunctă.

D. Gh., 27 de ani, profesor. Este trimis la Centrul de Parodontologie Bucur, în vederea consultației și operației, pentru un focar de **parodontopatie** în zona 13, 14.

După examinarea cazului, avînd în zona respectivă mucoasa gingivală și papila respectivă inflamată și cu supurație, i se face radiografia la 13 și 14 și pentru confruntare se fac radiografii și la 23 și 24.

Imaginea de mai sus ne arată aspectul radiografic al osului alveolar, al zonei cu fenomene patologice. Osul alveolar al zonei opuse (23, 24) are aspectul de conformație normală.

Pe această imagine se constată existența unei coroane defectuos executată pe 14, largă și neadaptată la colet. Aceasta a favorizat retenția resturilor alimentare, care neputînd fi îndepărtate prin actele igienei bucale obișnuite, au dat loc la fermentații și lezarea marginală a mucoasei gingivale; acestea, agravîndu-se, au dus la un aspect gingivitic, care prin durerile locale, **reacția ganglionară** regională corespunzătoare și tendința la supurație cvasiacută, a îngrijorat pacientul, ceea ce l-a adus la consultație.

Deși fenomenele gingivitice sînt manifeste, osul alveolar subiacent, deși are **limbus**-ul redus în înălțime, totuși el **a reacționat,** așa cum foarte bine ne demonstrează imaginea radiologică, printr-o **zonă de condensare a osului** care blochează și delimitează fenomenele inflamatorii ale mucoasei gingivale corespunzătoare. Conform principiului **eclectic,** îndepărtarea coroanei și tratamentul antiinflamator local prin dezinfectante sub formă de băi calde bucale și badijonaje locale cu Cl_2Zn, rezolvă aspectul simptomatic, în mod eficient.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 21

Fișa nr. 21 prezintă un aspect radiografic parodontopatic al unei manifestări simptomatice localizate, prin protezare conjunctă, greșit executată și aplicată.

Imaginea reprezintă radiografia zonei 25—24—23—22.

Aspectul osului alveolar în zona respectivă ne pune în evidență, în mod concludent, două elemente, fiecare cu importanța sa.

Primul: existența unei coroane metalice cimentate pe bontul 24. Coroana este largă și neadaptată pe coletul bontului respectiv, iar distal ea este mult mai scurtă — defect de executare și aplicare — care a favorizat retenția resturilor alimentare, resturi care prin fermentație au iritat și inflamat mucoasa gingivală, marginal și interodontal, depășind zona lezată, cu un sept sau două, de o parte și de alta.

Al doilea element, și foarte caracteristic, constă în aspectul radiografic al modului cum sub acțiunea elementului inflamator supurativ, osul alveolar reacționează printr-o **zonă de osteocondensare, oarecum asemănător cu corticala normală a osului alveolar.** Acesta este fenomenul prin care organismul, în astfel de circumstanțe, automat intervine și se apără prin **delimitare și blocare,** față de agresivitatea provocată de un element inflamator, de natură protetică, defectuos conceput și aplicat.

Am insistat și asupra acestui fenomen patologic și de reacție biologică, pentru a defini și prin astfel de aspecte, ce este parodontopatie simptomatică provocată de factori protetici și ce este parodontopatie esențială, **cînd eventualitatea ar face ca pacientul din această ultimă categorie** să aibă și unele elemente protetice conjuncte, cimentate pe bonturile unor elemente odontale, ale căror septuri osteo-alveolare sînt deja lezate prin procese discrete sau mai evidente, mai evoluate, osteolitice, **disbiotrofice esențiale.** Este o problemă de foarte mare importanță atunci cînd analizăm astfel de cazuri și pe care trebuie cu mult discernămînt să o avem în vedere cînd ne pronunțăm asupra naturii și categoriei manifestărilor respective.

Și aici, în afară de proba terapeutică, care avea să ne confirme aspectul « simptomatic » al manifestărilor, aspectul imaginei radiografice, prin fenomenul de condensare a extremității **limbus**-urilor știrbite, avea să ne confirme diagnosticul și să ne dea indicația eclectică, spre cea mai eficientă modalitate de tratament, adică, demontarea elementului protetic și dezinfecția sistematică a zonei respective, urmată de completarea măsurilor de igienă bucală cu « PARADENTA », apoi, reprotezare în condiții tehnice optime, la timpul potrivit.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 22

A

B

Fișa nr. 22 prezintă parodontopatia simptomatică prin microtraume protetice, de suprasolicitare.

S. S., 39 de ani, profesor, este trimis la Centrul de Parodontologie Bucur, pentru **fenomene parodontopatice** la nivelul 25 și 27.

Examenul stomatologic ne arată că pacientul are ocluzie psalidodontă și normală în restul arcadelor. În zona premolaro-molaro-stîngă superioară lipsind 24, 26, prezintă un **bridge** din aur, fixat pe 25 și 27. Prin defect de executare, s-a ajuns ca stîlpii de fixare ai **bridge**-ului (25—27) să facă să fie mobilă toată proteza.

I se fac radiografii la 25 și 27.

Diagnosticul: parodontopatie simptomatică prin microtraumatism funcțional, prin proteză defectuoasă. Alveolită gravă la 27 și zonă crateriformă la 25 — așa cum arată **imaginea A.**

Ca tratament: se demontează **bridge**-ul, se extrage 27, care prin alveolită și mobilitate, este compromis.

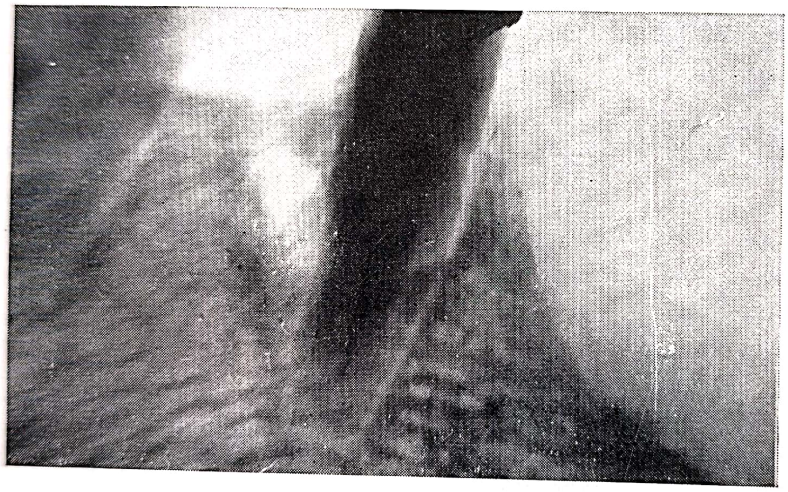
Elementul 25 se polizează de ciment, se scoate din ocluzie și se ia în observație. După 4 luni, așa cum ne arată **imaginea B,** este radiografiat din nou. **Automat s-a făcut un aport mineral care a recondensat osul,** făcînd să dispară aspectul pîlniform.

S-a produs refixarea dintelui, permițîndu-ne, ca ulterior, să trecem la un nou act de reprotezare, indicat de principiile generale protetice.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 23

A



B

C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 23 prezintă un aspect de parodontopatie simptomatică osteo-alveolară, prin microtraume protetice adjuncte.

Imaginile A și **B** ne arată aspectul radiologic al osului alveolar la nivelul elementului 43, lezat și accentuat mobilizat, cu spațiul alveolar mult lărgit mezial, și cu fenomene de alveolită, din cauza unui croșet defectuos aplicat în proteza adjunctă, care își are sprijin pe 43.

Și pe această imagine, osul alveolar apare cu alveola mult lărgită mezial, totuși se remarcă o zonă osoasă de recondensare, delimitatorie, a **leziunii alveolitice,** supraadăugată microtraumatismelor (croșetul respectiv) prin folosirea statică și funcțională a protezei adjuncte mandibulare.

Imaginea C — Ca principiu de asistență eclectică, după extracția 42, care era compromis, și în acest caz, ca și în celelalte similare, s-a preconizat suprimarea folosirii protezei respective circa 4 luni, după care interval, constatîndu-se clinic o refixare a elementului 43, iar radiografic, **imaginea C,** reducerea evidentă a spațiului alveolar mezial, prin **apoziția substanței minerale de restructurare,** s-a făcut o nouă coroană pe 43, o nouă proteză adjunctă parțială, latero-laterală, cu croșet de sprijin pe coroana elementului odontal respectiv, dar de data aceasta, aplicat în condiții tehnice corecte și supravegheată în timp.

Scanned with OKEN Scanner

Aspecte parodontopatice esențiale

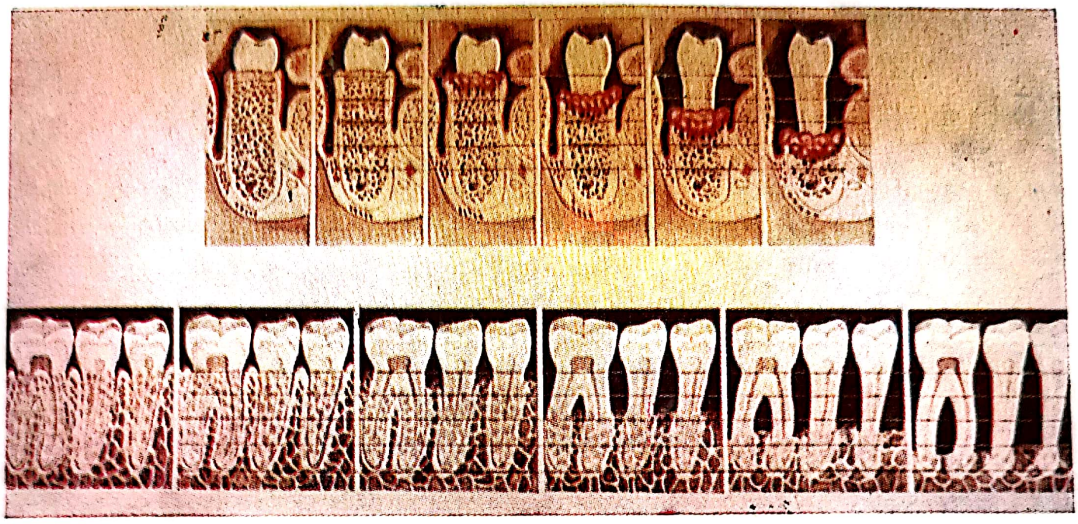
Definirea celui de al II-lea parametru al concepției noastre

În acest capitol sînt prezentate — scheme, aspecte scheletice și cazuri clinice, documentate cu radiografii și grafice, care reprezintă exemplificări cu leziuni și manifestările respective disbiotrofice evolutive gingivo-osteo-alveolare, adică **substratul patologic al categoriei parodontopatiei esențiale.**

Acest sindrom, **prin teoriile etiopatogeniei sale organice generale,** încă ipotetice (predispoziția labilă și susceptibilă spre stări patologice a terenului organic, disfuncțiile neurovegetative cu implicațiile lor multiple, fenomenele dismetabolice etc., **bruscate de multitudinea acțiunilor stress-ante ale condițiilor de viață și activitate)** prin **polimorfismul anatomo-clinic al aspectelor « esențiale »,** precum și **prin modalitatea de tratament cu totul particulară,** atît **organică generală cît și locală prin metoda noastră operatorie** pe bază de biostimulatori **« OS-MINERALE »,** constituie, în ansamblu, **concepția noastră asupra factorilor organici generali unde factorii locali** sînt considerați ca **elemente agravante** în evoluția manifestărilor respective.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 24



Fișa nr. 24 prezintă sistematizarea, sub aspect anatomopatologic, a procesului disbiotrofic evolutiv al parodontopatiei esențiale.

Definirea celui de al II-lea parametru al concepției noastre.

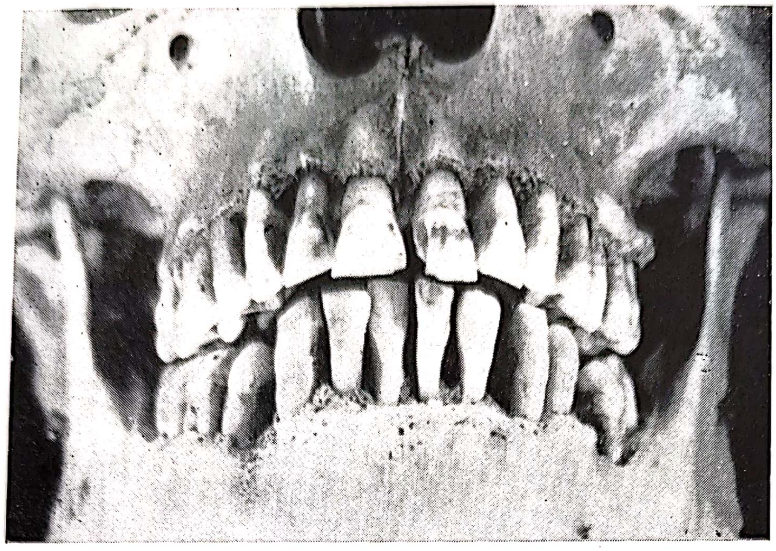
Sistematizarea evoluției procesului disbiotrofic din parodontopatia esențială în 4 stadii evolutive. Schema de sus, reprezintă **aspectul anatomopatologic evolutiv** al procesului distructiv (văzut frontal, printr-un plan care ar trece prin septul inter-premolari inf. dr.).

Schema inferioară reprezintă **aspectul radiologic** al parodontului în evoluție disibotrofică, stadiile anatomopatologice sînt raportate la cele radiologice.

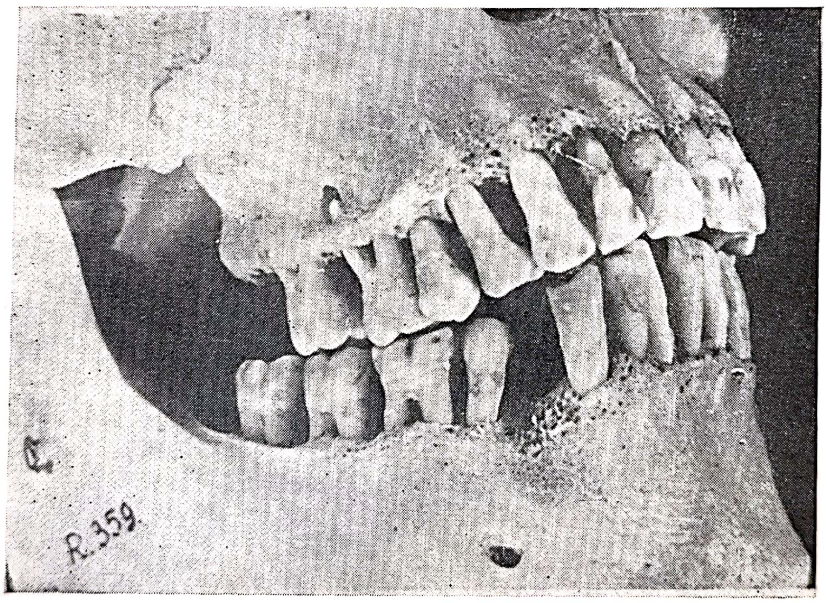
Această sistematizare are o deosebită importanță, mai ales practică în **precizarea stadiului și a gravității** în care am surprins procesul patologic în evoluția sa, precum și în **stabilirea indicațiilor terapeutice** ca și a prognosticului, mai ales sub aspect operator, care trebuie să fie în strînsă corelație cu stadiul evolutiv.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 25



A



B

Fișa nr. 25 prezintă aspectul scheletic al osteo-alveolizei disbiotrofice evolutive din parodontopatia esențială.

Imaginea scheletică a fotografiei unui craniu care redă, foarte concludent și evident, procesul osos al disbiotroficității pe care o provoacă la nivelul parodontului, prin factorii ei, maladia parodontopatică esențială.

În prima imagine A, se remarcă cît de accentuat este festonată zona marginală a osului alveolar, pe de o parte, iar pe de altă parte, mai ales la nivelul zonei 12, se vede evident osteoliza crateriformă a peretelui intern al alveolei, datorită procesului proliferativ și infiltrativ spre peretele intern al alveolei și spre spațiul alveolo-odontal respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, pe imaginea B, se remarcă un **element care prezintă o semnificație de o importanță** deosebită. Astfel, la nivelul zonei 44, se remarcă evident faptul că deși acest element (44) a fost de multă vreme extras, totuși zona osului respectiv, care, așa cum se știe, normal trebuie să se recontureze morfologic, acoperindu-se cu o corticală de reacție reparatorie, fenomenele disbiotrofice, datorită fenomenelor **apatiei vitale organice,** au împiedicat aceste fenomene de refacere. Astfel, se explică de ce zona respectivă a osului, a rămas spongioasă, cu aspect buretos. Aceasta demonstrează că afirmațiile făcute de-a lungul vremii precum că avulsiile masive ale elementelor odontale din focarele parodontopatice (bineînțeles) esențiale ar opri și vindeca maladia, **nu corespund adevărului.** Procesul nu se oprește, nu se vindecă, ci așa cum îl constatăm și la operații, cînd decolăm zonele cu extracții îndepărtate, își continuă evoluția osteolitică; **de aceea și purtătorii de proteze, chiar după aceste acte avulsionale masive,** sînt veșnic nesatisfăcuți de protezele lor, care devin mobile, la puțin timp după ce ele au fost făcute, oricît de perfect.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 26

Fișa nr. 26 prezintă parodontopatia esențială, aspect radiografic de debut (zona frontală superioară).

Această imagine, **raportată la aspectul din imaginea** de pe fișa nr. 9, redă foarte clar **debutul** parodontopatiei esențiale. Se vede cum procesul disbiotrofic începe să distrugă osul alveolar.

Dispariția corticalei, prin ciupirea vîrfului **limbus**-ului septal și deschiderea structurii spongioase a osului alveolar spre spațiul pungii pioreice, pe care apoi, țesutul celular de granulație al inflamației cronice îl infiltrează și îl distruge, îl **lizează evolutiv și progresiv.** În acest mod se adîncește punga pioreică. Prin alterarea echilibrului pîrghiei odontale de stabilitate, în detrimentul celor 2/3 intraalveolare, care se reduce treptat, treptat, în favoarea segmentului extra-alveolar, apare progresiv **mobilitatea** elementelor odontale, care se agravează pe măsură ce procesul disbiotrofic trece din stadiu în stadiu, pînă la cel final sau apical.

De asemenea, procesul celular cronic infiltrează țesutul spongios alveolar, implicit și spațiul periodontal intraalveolar. În funcție de acest proces infiltrativ, apar, uneori, precoce, odată cu debutul maladiei, alteori mai tardiv, în stadiile evoluate, **fenomenele de deplasare a elementelor odontale, în sens migrator, prin discrete diasteme,** alteori prin **migrări impresionante.**

Scanned with OKEN Scanner

Aceste fenomene de liză și de infiltrare, trebuie cercetate și reținute, atunci cînd sînt studiate imaginile radiografice corelate sau confruntate cu aspectele clinice « esențiale », deoarece în actele operatorii, atunci cînd, în vederea asanării focarului parodontopatic esențial, urmărim îndepărtarea țesutului patologic, trebuie să-l executăm cu deosebită meticulozitate și multă răbdare, pentru a îndepărta **absolut tot** țesutul celular care a infiltrat, în afară de fața profundă a lamboului mucos, zona marginală a osului alveolar, precum și spațiul alveolo-odontal.

Orice neglijență în acest act, poate fi urmată de o reapariție a unui focar inflamator și supurativ, ceea ce ar însemna un discret sau un grav eșec al metodei operatorii.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 27

Fișa nr. 27 prezintă un debut caracteristic de parodontopatie esențială, **știrbirea corticalei cu estompare a limbus**-ului interincisival superior.

Imaginea acestei estompări după dispariția corticalei septului, **element caracteristic al aspectului morbid** al osului parodontal, definește diagnosticul diferențial între acest aspect disbiotrofic, element patognomonic maladiei parodontopatice esențiale și **imaginea fenomenelor involutive ale atrofiei osului alveolar,** proprii epocii senescenței fie juvenile, fie fiziologice firești, ale organismului în care imagine (vezi fișele nr. **37, 38** și **39**), deși osul alveolar își are redusă înălțimea pereților săi, trădată grafic prin reducerea **limbus**-ului septurilor interalveolare, iar **clinic** prin dezbrăcarea sau denudarea, spre segmentul radicular al elementelor odontale, acesta — **osul alveolar** — își păstrează, își respectă **conformația structurală;** își reduce volumul și ponderea prin **fenomene involutive atrofice, dar își păstrează intactă corticala,** element structural care definește limitele conturului morfologic, anatomo-funcțional al osului alveolar, așa cum de altfel se întîmplă în toată economia organică cu sistemul scheletic.

Scanned with OKEN Scanner

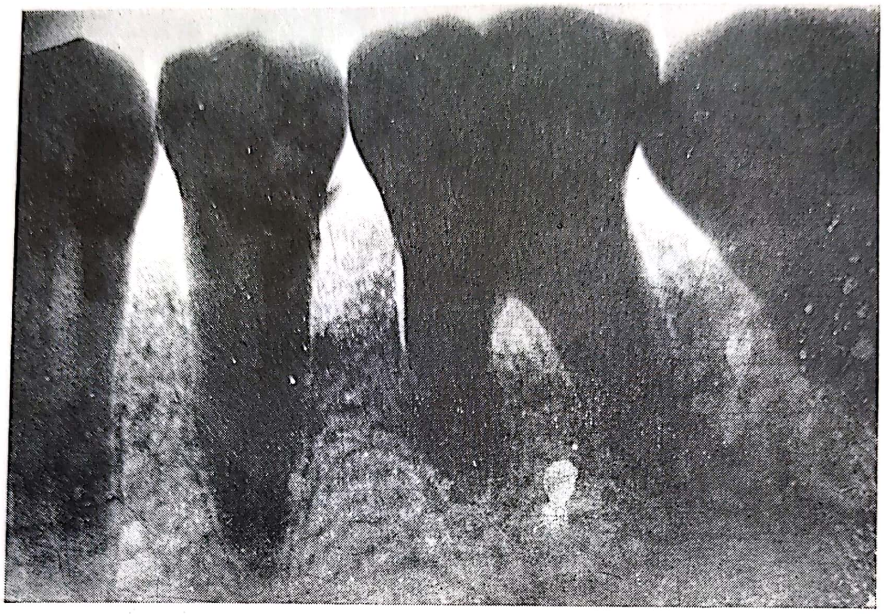
FIȘA NR. 28

Fișa nr. 28 prezintă parodontopatia esențială în plină evoluție. Aspect radiografic în stadiul I spre II (zona premolar-molar inf.).

Imagine de aspect evolutiv al parodontopatiei esențiale. Procesul disbiotrofic **evoluează vertical** în zona septurilor dintre cei 2 premolari și premolarul și molarul respectiv. Procesul infiltrativ și distructiv a lizat crateriform zona distală din septul interradicular al primului molar, ca și, ceva mai discret, septul dintre primii molari inferiori. Ținem să subliniem că studierea aspectelor pe imaginile radiografice, preoperator, cu reperarea precisă a leziunilor din focarele distrofice evolutive, are o foarte mare importanță, căci numai astfel, reperîndu-le în actul operator de asanare și îndepărtare a țesutului patologic, **vom asigura și vom favoriza fenomenele ulterioare** pe care trebuie să le realizeze, în sensul remineralizării și recondensării în focarele respective, biostimulatorii de omo-implante din « os-minerale », introduși în septurile focarelor parodontopatice esențiale.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 29



Fișa nr. 29 prezintă parodontopatia esențială evolutivă în stadiul II evolutiv (zona molară-premolară inf.)

Imagine radiografică cu aspect de estompare, caracteristică, a **limbus**-ului interalveolar, care deja a infiltrat și septul interradicular al primului molar. Studiind cu atenție aspectul imaginii, se constată că procesul celular cronic și infiltrativ s-a produs și în spațiul alveolo-odontal al primului molar, lărgindu-l, datorită cărui fapt au și început discrete deplasări migratorii.

Aceasta se produce prin fenomenele de presiune, de împingere lentă dar continuă și progresivă, pe care o provoacă dezvoltarea țesutului de granulație a inflamației cronice din procesul disbiotrofic esențial.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 30

Fișa nr. 30 **prezintă parodontopatia esențială evolutivă** (stadiile II spre III și III spre IV) Imagine radiografică a aspectului disbiotrofic mult evoluat. Estomparea accentuată a septului interpremolar și în special al celui interradicular al molarului ne demonstrează radiologic procesul de infiltrație a structurii spongioase a osului alveolar, care deși foarte avansat, datorită faptului că procesul celular nu a infiltrat și spațiile alveolo-odontale, nu a provocat în nici un sens **fenomene migratorii** care să agraveze mobilitatea deja suficient de accentuată a elementelor odontale, în mare măsură denudate prin procesul osteo-alveolitic corespunzător.

Aceste fenomene pun probleme de eficiență terapeutică, de prognostic mai ales, cu multă rezervă, care trebuie interpretate prin **prisma probei timpului.**

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 31

Fișa nr. 31 prezintă aspecte clinice de parodontopatie esențială evolutivă

Imaginea prezintă tot ce se poate vorbi despre elementele care definesc sau caracterizează tabloul clinic al **parodontopatiei esențiale evolutive.**

Mucoasă gingivală inflamată și sîngerîndă; pungi pioreice cu produs pioreic rău mirositor, mobilitate odontală, migrări odontale, cu diastemă maxilară interincisiv mult lărgită, tartru abundent la nivelul incisivilor inferiori, 41 deja eliminat; edentație parțială prin evoluția distructivă osteo-alveolară a procesului disbiotrofic etc.

Examenul radiografic ne-a arătat existența, în osul alveolar, a unui proces disbiotrofic evolutiv, intercalat în stadiile I spre II și II spre III.

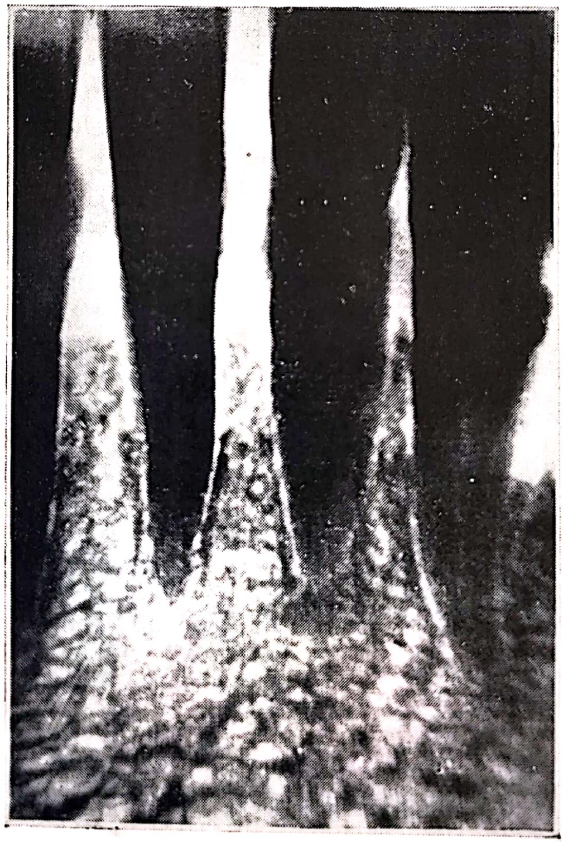
Aspectul clinic, coroborat cu aspectele din imaginile radiografice (care, fiind obișnuite, nu le-am mai anexat) a definit diagnosticul de « esențial » — în diverse stadii evolutive intercalate, adică zone mai puțin distruse alternînd cu zone cu distrucții mai masive.

Față de acest diagnostic, cazul a fost asistat în conformitate cu principiile modalităților noastre de tratament general și cu aplicarea metodei noastre operatorii, pe bază de biostimulatori din « os-minerale ».

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 32

A



B

Fișa nr. 32 prezintă aspecte parodontopatice esențiale

Pacientul este dirijat la Centrul de parodontologie « Bucur », pentru examen și eventual tratament parodontologic, deoarece prin gingivita pe care o avea, era suspect de manifestări parodontopatice esențiale evolutive.

Scanned with OKEN Scanner

Imaginea A. Într-adevăr la examenul clinic, așa cum arăta, pacientul prezenta o inflamație a mucoasei gingivale, mai accentuată în zona grupului frontal inferior.

De notat: 22 a fost extras cu o zi mai înainte, deoarece era fracturat, în stare de rest radicular. Pentru a fi mai evidentă fotografierea, i s-a menținut ocluzia întredeschisă, printr-un rulou de vată, pus, așa cum se vede, interodontal.

Aspectul gingivitic, ușor sîngerînd și tartrul existent, impuneau diagnosticul diferențial între o parodontopatie simptomatică și una esențială, deci efectuarea unui examen radiografic, singurul care, așa cum se vede pe imaginea **B,** a putut preciza diagnosticul.

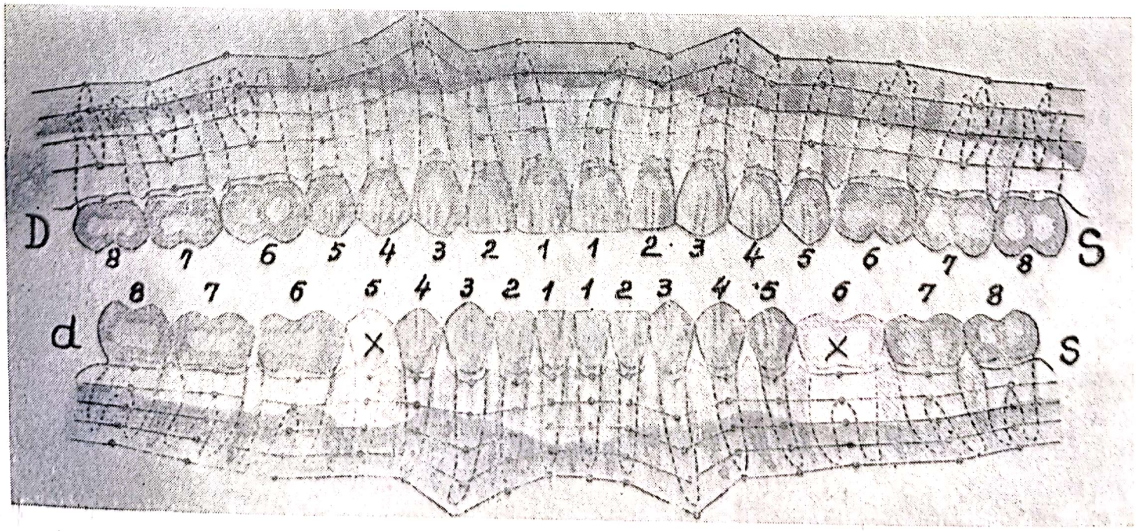
Imaginea B. Aspectul **estompat al conturului marginal** al osului alveolar, bine evidențiat prin dispoziția vîrfurilor **limbus-**urilor septale, cu absența oricărei schițări de reacție, de delimitare a procesului evolutiv definesc diagnosticul de parodontopatie esențială evolutivă în stadiul I, I spre II. Desigur, conform principiului **eclectismului terapeutic,** pacientul a fost supus tratamentului în conformitate cu modalitățile de tratament ale concepției noastre, aplicate în parodontopatia esențială.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 33

A

B



C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 33 prezintă aspecte parodontopatice esențiale evolutive

Imaginea A — aspect clinic al unei forme parodontopatice esențiale, foarte evoluată, așa cum arată graficul parodontopatic din imaginea **C**, făcut după radiografiile din imaginea **B**, în stadiul III spre IV.

Mucoasa gingivală (imaginea **A**) este inflamată, cu pungi pioreice, denudate la nivelul coletelor; migrări odontale de lateralizare, în special la nivelul frontalilor superiori și în sens ocluzal la frontalii inferiori, tartru subgingival în zona anterioară-inferioară; depozite de resturi alimentare la nivelul coletelor odontale, prin lipsa măsurilor de igienă, din cauza sîngerărilor abundente la periaj.

Imaginile B și C. Pe baza aspectelor din **imaginile radiografice din B,** se întocmește **graficul parodontopatic din imaginea C,** care ne arată cum aspectul mucoasei gingivale și al proceselor sale interodontale maschează gradul foarte avansat al fenomenelor disbiotrofice, ce au distrus prin osteoliză și osteită, mai mult de 3 segmente din înălțimea pereților alveolari. Osteita s-a supra-adăugat în focar, ca urmare a intervenției elementelor piogene abundente din cavitățile pungilor pioreice.

Conform **eclectismului ca principiu terapeutic,** fiind vorba de o parodontopatie esențială surprinsă în stadiul evolutiv III spre IV, indicația terapeutică, în aceste cazuri, constă în următoarele:

1 — pregătirea generală a terenului prin măsuri medicamentoase și neuro-hormonale etc., pentru reactivarea și redresarea funcționalității diverselor compartimente vitale, depistate în stare evidentă disfuncțională;

2 — pregătirea psihică a pacientului prin explicații asupra naturii maladiei sale, a urmărilor ei, ca și a necesității unei asistențe atît generală, cît și locală, bine dirijată și competentă;

3 — după asanarea antiseptizantă a cavității bucale și a mucoasei gingivale, se trece la aplicarea modalităților corespunzătoare realităților patologice, pentru fiecare arcadă, deoarece stadiile evolutive diferă în gravitate, în cazul de față, de la o arcadă la alta.

Arcada maxilară — cu proces disbiotrofic în stadiul III spre IV. Indicația terapeutică constă în **efectuarea alveolectomiei plastice regularizante cu protezare imediată,** după extracțiile elementelor odontale. Adică: preoperator, luarea amprentei arcadei maxilare cu dinții în alveole, determinarea ocluziei arcadelor cu dinții pe ele, pregătirea amprentei în laborator, pe care se radiază dinții care vor fi extrași; apoi, în raport cu ocluzia luată, se confecționează proteza respectivă. Proteza terminată în laborator, se trece la **actul operator propriu-zis.** Acest act constă în: anestezie locală, extracția dinților arcadei maxilare, compromiși; apoi, cu o freză mare montată la piesa dreaptă la Unit, se îndepărtează **sistematic și progresiv,** tot țesutul patologic de pe fața profundă a lambourilor, ușor decolate, pentru a pune în evidență zona marginală osteo-alveolară în proces de osteoliză și osteită evolutivă.

Se chiuretează foarte meticulos tot țesutul osos în rarefacție disbiotrofică; se avivează cu mușcătorul de os ciocurile alveolare care proemină pe conturul marginal al osului astfel curățat; se dezinfectează suprafața operată, cu o soluție de eter iodat 5%, apoi pe locul bazei fostelor septuri interalveolare, **se forează conducte în care sînt introduse biostimulatori de omo-implante din « os minerale », în vederea stabilizării procesului evolutiv și a favorizării unei recondensări osoase, pe marginea osului maxilar.**

Se spală cîmpul operat după modalitatea descrisă, cu o soluție concentrată de antibiotice, pentru curățirea resturilor de țesuturi detașate și cheaguri, după care se repun lambourile pe suprafața osului operat, fixîndu-le prin cîteva puncte de sutură.

Odată operația terminată, se aplică imediat proteza pregătită. Este **protezarea imediată,** sub care se vindecă plaga operatorie, supraveghind evoluția acestei vindecări, prin scoaterea

Scanned with OKEN Scanner

protezei de 4 — 5 ori pe zi și spălarea cu substanțe dezinfectante (soluția Rivanol 2‰ sau alte produse cu rol dezinfectant), atît a cavității bucale, cît mai ales a plăgii operatorii.

După 6 — 8 săptămîni, se face **a doua protezare;** este vorba de **proteza secundară,** care după 7 pînă la 8 luni de la operație, cînd apreciem că s-a consolidat prin recondensare conturul marginal maxilar, datorită biostimulatorilor introduși, se aplică **protezarea definitivă,** care va avea toate condițiile unei stabilități statice și funcționale de lungă durată.

Asistența arcadei mandibulare, care aflîndu-se în stadiul evolutiv II spre III, este tratată după modalitățile metodei noastre operatorii. Adică, conservarea elementelor odontale, asanarea focarelor disbiotrofice evolutive, urmată de introducerea biostimulatorilor din « os-minerale », în vederea **stimulării recondensării osului alveolar în sensul favorizării calusurilor periodontale.** Metodele descrise mai sus sînt explicate detaliat în lucrarea « Parodontopatia esențială ».)

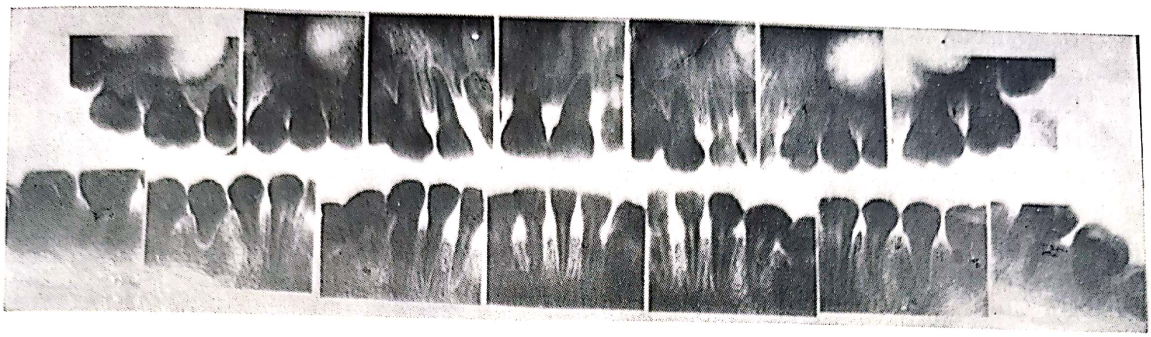
Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 34

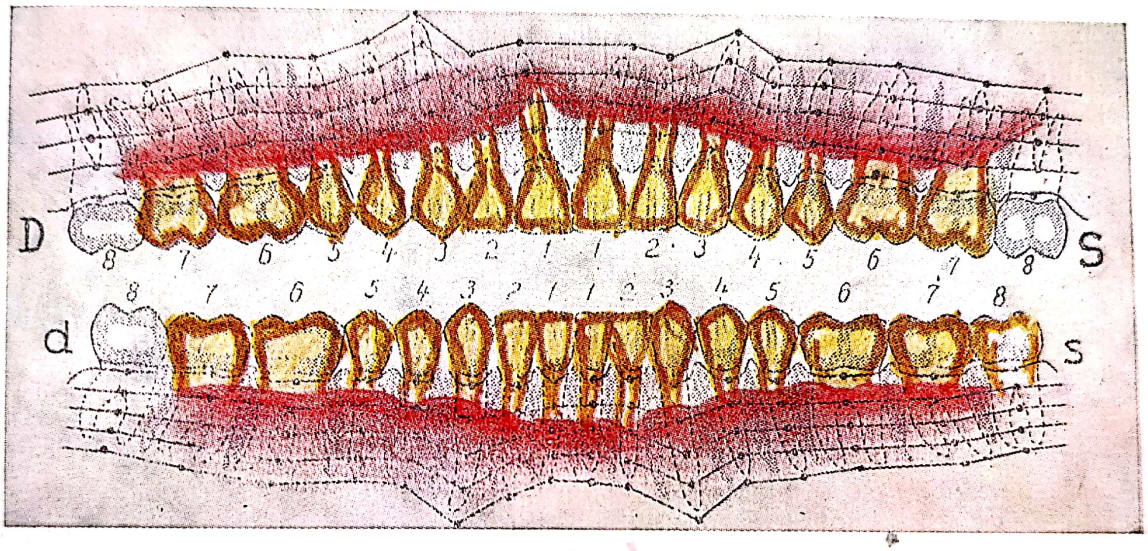
A

B

Scanned with OKEN Scanner



C



D

Fișa nr. 34 prezintă diagnosticul de parodontopatie esențială pe fond ereditar

B.C., 18 ani, elevă (Brașov), însoțită de mamă (37 de ani), vine la consultație, foarte îngrijorată, pentru manifestări parodontopatice cu aspect esențial, extinse la ambele arcade, dar mai accentuate în zonele frontale — însoțite de o halenă foarte urît mirositoare. Îngrijorarea este foarte mare, mai ales din partea mamei, care ne relatează că și tatăl ei, ca și ea, au suferit de această boală, cu protezare totală din tinerețe. Într-adevăr, examenul clinic, odonto-parodontal, pune în evidență cîteva elemente care ne indică că suferă de o parodontopatie esențială evolutivă. Astfel, **odontal,** în afară de existența tuturor elementelor odontale în ambele arcade și fără leziuni în integritatea lor, reținem un stigmat patognomonic — migrarea elementului 11, așa cum evident îl demonstrează **imaginile A** și **B.** Acest element prezintă deja o ușoară mobilitate.

Parodontal — mucoasa gingivală congestionată pe toată întinderea arcadelor, mai accentuată și chiar hipertrofiată în zonele frontale, mascînd sub ele pungi pioreice, din care prin compresiune și exprimare apar, deasupra marginii, mici granule sero-purulente, foarte fetide.

Imaginea C — bilanțul radiografic în serie pe grupe odonto-parodontale. Studierea imaginilor radiografice ne demonstrează concludent, așa cum de altfel se poate vedea, **aspecte disbiotrofice în plină evoluție,** mai accentuate (stadiul II evolutiv) în zona grupului frontal superior, mai puțin evoluate (stadiul I evolutiv) în zona grupului frontal inferior și mai discrete în restul arcadelor.

Imaginea D — aspectul graficului parodontopatic esențial, întocmit după imaginile radiografice din **C.**

Deci, elementele **din anamneză,** prin antecedentele ereditare apropiate (mama) și mai îndepărtate (bunicul din partea mamei), coroborate cu **aspectele clinice** odonto-parodontale (unde triada patognomonică este evidentă: foetor, manifestări disbiotrofice evolutive și migrare cu mobilitate odontală) și completate cu aspectele disbiotrofice evolutive ale parodontului osteo-alveolar evident avansate, mai ales în zona grupului frontal superior, conturează tabloul unei **parodontopatii esențiale în plină evoluție,** pe fond **ereditar** atît apropiat (mama), cît și îndepărtat (bunicul). Considerăm că problema acestei incidențe, pe care în activitatea noastră procentual am găsit-o foarte ridicată, trebuie reținută și să i se acorde o importanță mai deosebită, atît sub aspectul asistenței medicale premergătoare actelor operatorii, cît și în vederea consolidării în timp a eficienței fenomenelor pe care le realizează, în focarele parodontopatice, biostimulatorii din « os-minerale » prin procesul de osteocondensare. Este o problemă căreia, așa cum am arătat și în capitolul respectiv din lucrarea « Parodontopatia esențială », în activitatea noastră îl acordăm o grijă și o preocupare deosebite, aceasta tocmai datorită caracterului ereditar, constatat în unele cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 5

Aspecte parodontale care pot crea probleme de interpretări eronate în diagnosticul diferențial al leziunilor simptomatice de cele esențiale

În acest capitol prezentăm cîteva exemplificări de cazuri, care prin aspectele oarecum anormale, care se constată la nivelul arcadelor odonto-parodontale, pot da loc la unele confuzii de interpretare, urmate evident de unele implicații mai ales de ordin terapeutic, care sînt de nedorit și pentru pacient, ca și pentru activitatea și prestigiul celui căruia i se adresează un asemenea caz.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 35

Fișa nr. 35 prezintă un aspect osos al resorbției peretelui osteo-alveolar, datorită predispoziției morfologice prognatice

Imaginea alăturată ne demonstrează scheletic evident și concludent, cum o stare predispozantă prin conformația osteo-alveolară maxilară a putut duce la resorbția aproape integrală a părții vestibulare a peretelui osos alveolar, de la nivelul elementelor odontale 11 și 21.

Restul sistemului osteo-alveolar al ambelor arcade, morfo-structural, se prezintă normal.

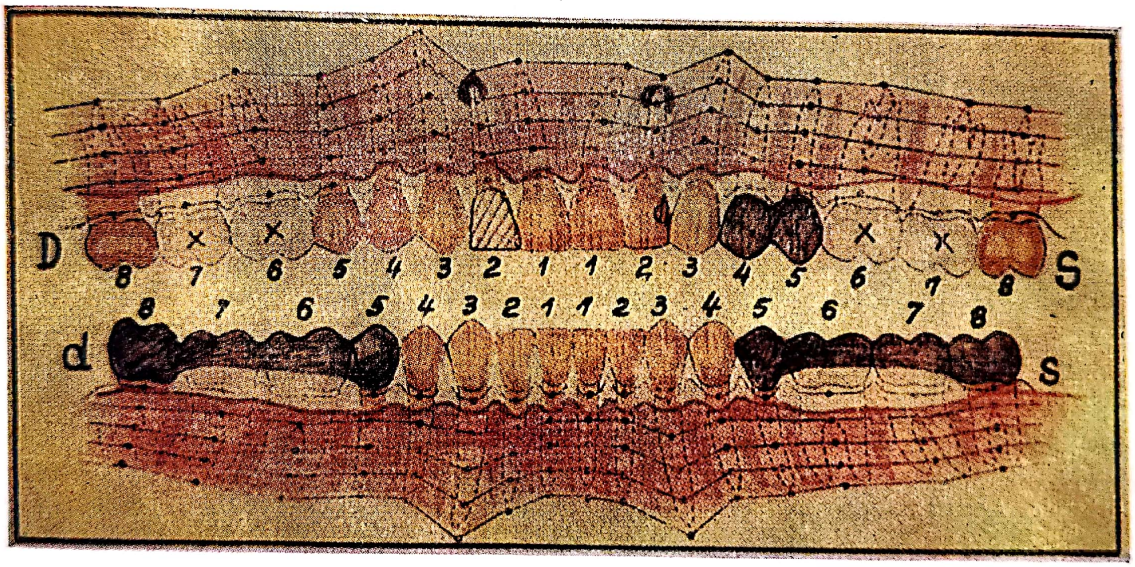
Considerăm un noroc de a fi găsit, prin studierea multor sute de cranii, această coincidență scheletică, pentru confirmarea problemei noastre, care are o importanță științifică deosebită. Căci ea ne explică cum, prin simpla stare predispozantă de conformație morfologică, fenomenul dezbrăcării segmentelor radiculare poate avea loc prin **simplă resorbție,** în afara intervenției unui proces patologic evolutiv, de tip parodontopatic esențial.

Studierea imaginii din fișa alăturată demonstrează concludent această eventualitate, pe care nu o considerăm patologică, ci consecința unei conformații anormale de proeminență morfologică prognatică a rebordului osteo-alveolar.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 36

A



B

Fișa nr. 36 prezintă aspecte parodontice cu fenomene de resorbție al peretelui vestibular, datorită unei predispoziții morfologice de progenism osteo-alveolar

Imaginea A prezintă aspectul clinic al unei stări de **progenism morfologic predispozant** al zonei mandibulare frontale odonto-osteo-alveolare. Și această pacientă în vîrstă de 35 de ani, salariată, bipară, somatic aparent sănătoasă, ne este trimisă pentru consultație și tratament, ca suspectă de manifestări parodontopatice esențiale evolutive, suspiciune datorită numai denudării unor elemente odontale din grupul frontal mandibular.

Așa cum se constată din **imaginea A,** pacienta, datorită progenismului, prezintă arcadele în segmentul frontal cu **ocluzie odontală inversă,** adică încrucișată; o dezbrăcare a coletelor mai ales la nivelul 42, 41 și mai discretă la 31 și 32. Puțin tartru la nivelul 41, 31; discret lizereu gingivitic tartric la acest nivel.

Scanned with OKEN Scanner

Mucoasa gingivală în stare normală permite, prin transparența ei, să se vadă **zone întinse** ale segmentelor radiculare 42, 32 și 33, zone care prin predispoziția morfologică progenică, sînt denudate prin resorbția peretelui alveolar anterior. Facem și examenul radiografic.

Imaginea B reprezintă **graficul parodontal,** întocmit după aspectul imaginilor radiografice, care așa cum rezultă din studierea acestui grafic ne arată, în proiecție, integritatea morfologică a osului alveolar, resorbția peretelui vestibular fiind mascată de segmentul radicular respectiv.

Concluzie: aspectul clinic, lipsa leziunilor și manifestărilor parodontopatice evolutive, progenismul cu ocluzie inversă accentuată și resorbția peretelui vestibular alveolar în zona frontalilor inferiori ne fac să definim acest aspect morfo-funcțional odonto-alveolar, în ansamblul său, **ca o stare predispozantă morfologică prin progenism și resorbție parțială vestibulară** a osului alveolar, cu ocluzie inversă accentuată.

Ca tratament — deoarece starea ocluzo-articulară a grupelor frontale este accentuată, ceea ce jenează, în afară de aspectul estetic, funcțiile buco-odontale — am aplicat conform principiului eclectic, **șlefuirea selectivă sau funcțională,** pînă ce ea a realizat corectarea viciilor odontale pe care le determină, punînd astfel la adăpost aceste grupe odontale, de unele **micro-traume funcționale,** care ar fi amenințat, în timp, stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale respective.

Bineînțeles cu prescrierea unei igiene bucale bine supravegheată.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 37

Fișa nr. 37 prezintă un aspect radiografic al atrofiei involutive osteo-alveolare

Cu această fișă și următoarele, deschidem discuția unei probleme deosebit de importantă, necesar de a fi știută, prin implicațiile și confuziile la care poate da loc. Este vorba de drama edentației juvenile.

Frecvent, printre cazurile cu manifestări parodontopatice, se prezintă la consultațiile noastre persoane în vîrstă, care ni se plîng că li se dezgolesc dinții, devenind din ce în ce mai mobili, cu tendința să iasă singuri din alveole, și, dacă nu cumva (în limbajul lor) cauza ar fi o parodontopatie, dînșii nesocotind vîrsta pe care o au, cînd asemenea fenomene sînt inevitabile! Dar, ne vin și persoane tinere, în plină maturitate somato-funcțională, la vîrsta de 30—35 de ani, care sînt îngrijorate pentru faptul că au constatat că li se retrage gingia și li se dezbracă dinții treptat, treptat, fără alte fenomene patologice (inflamații, carii etc.). Sub obsesia îngrijorătoare că-și vor pierde dinții prea de timpuriu, vin să ne consulte și ne solicită asistență parodontologică salvatoare.

Apreciem că, mai ales pentru această ultimă categorie, această îngrijorare este îndreptățită. Numai, că și aici, fenomenele trebuie privite cu un discernămînt plin de obiectivitate. Una este ca elementele odontale să dispară unul cîte unul de pe arcadele odontale, la o epocă de viață corespunzătoare vîrstei înaintate, și alta este, cînd în plină maturitate, fără nici un semn de îmbolnăvire, te vezi cum îți pierzi dinte după dinte, fără să poți să faci ceva pentru a opri dezastrul edentației timpurii.

Organismul ajungînd la epcca senescenței propriu-zise (subordonată și poverii anilor, dar mai ales **stress**-urilor, condițiilor de viață și activitate), este supus legilor imuabile firești, naturale, la început mai discret și apoi mai pregnant; sînt fenomenele morfo-funcționale de scleroze tisulare și osteo-resorbtive, care se manifestă printr-un aspect caracteristic **atrofic-involutiv.**

În astfel de împrejurări, organismul pare că se ratatinează, reducîndu-și morfologic și ponderal forma, **dar respectîndu-și contururile conformației sale morfo-funcționale** (gulerele și cămășile devin mai largi, mînecile hainelor devin mai lungi, manșetele pantalonilor călcate de tocul pantofilor etc.). Este bătrînețea cu tot cortegiul manifestărilor ei! Sînt fenomene firești, ireversibile.

Dar, asemenea fenomene cînd ele survin la persoane care se găsesc în plină maturitate somato-fiziologică, ele nu mai trebuie considerate firești și inevitabile, ci trebuie să îngrijoreze, căci sînt deja fenomene patologice. Asemenea aspecte atrofice involutive, cu respectarea corticalei **limbus**-ului septal interalveolar, ca în **imaginea alăturată,** au o deosebită **precocitate, mai ales la nivelul conformației osului alveolar** (am expus problema în raportul nostru la un mare Congres român de geriatrie — Deva, 1964) ele constituie **stigmate de alarmă,** indicînd, prin apariția și gravitatea involuției atrofice a osului alveolar cu **limbus**-urile sale, că organismele respective îmbătrînesc înainte de vreme, că ele, în afară de predispoziția filo- și ontogenetică, nu fac față prin fenomene automate de compensare și adaptare condițiilor de viață și activitate în care trăiesc.

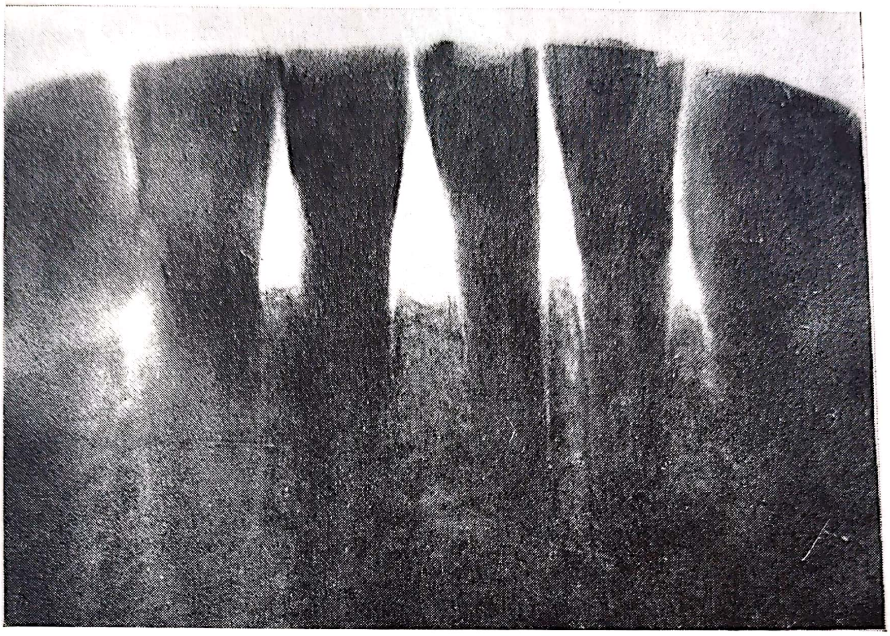
Punerea în evidență, cu grijă și meticulozitate, a acestui aspect atrofic involutiv, pe imaginile radiografice, este de foarte mare importanță. Căci **numai** pe caracterele aspectului radiografic ale osului alveolar și **limbus**-urilor respective, printr-un discernămînt corect al aspectelor clinice și radiografice, **se poate diferenția** o manifestare parodontopatică esențială, mai ales cînd aceasta evoluează apioreic, de **fenomene ale unei senescențe juvenile.**

Numai avînd în minte și puse alături una lîngă alta imaginile aspectelor **normale** ale **limbus**-urilor septale interalveolare (a se vedea fișele nr. 9 și 10) cu cele **disbiotrofice evolutive,** cu dispariția corticalei și aspect de estompare mai mult sau mai puțin evoluat (a se vedea fișele nr. 26, 27 și 28) și cu aspectul atrofic involutiv al imaginii alăturate, numai cu ajutorul acestor imagini, definind caracterul aspectului **involutiv** față de **cel normal** și **cel patologic, esențial** sau uneori **simptomatic,** putem evita orice confuzie, atunci cînd afirmăm existența unei manifestări care să necesite o operație. Operația, dacă ar fi făcută prin biostimulatori introduși în septurile parodontului, în astfel de aspecte atrofice involutive, **nu ar realiza mare lucru, atîta timp cît nu s-au luat măsuri concrete și eficiente pentru îndepărtarea sau cel puțin ameliorarea circumstanțelor de viață și activitate,** fenomene care au favorizat apariția disfuncțiilor și proceselor organice ale îmbătrînirii prea timpurii.

Conform principiului eclectismului terapeutic, astfel de cazuri, cu stigmate ale fenomenelor pre-senescenței, sînt îndrumate spre supraveghere și planificare a condițiilor de viață, de muncă și de asistență, în institutele cu preocupări gerontologice, **iar local** igienă bucală obișnuită, completată cu apa de gură medicinală « PARODONTA », care, prin acțiunea ei dezinfectantă, sclerozantă și dezodorizantă, ajută la întreținerea igienei bucale în condiții optime.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 38



Fișa nr. 38 prezintă aspecte atrofice involutive

Ceea ce se evidențiază pe această imagine, de altfel ca și pe celelalte cu aspecte atrofice involutive, este caracterul acestei involuții, de **orizontalitate.** Atrofia osului și a **limbus**-urilor sale, involuează în **plan orizontal,** interesînd, în ansamblul lor, tot sistemul marginal osteo-alveolar maxilo-mandibular, caracter care deosebește acest aspect al involuției atrofice de aspectul **evoluției disbiotrofice,** unde procesul patologic distruge prin liză și osteită (atunci cînd intervine elementul piogen în focar), în sensul unei estompări, marginea osteo-alveolară cu **pregnanță verticală,** adică alternări de zone lezate cu zone osteo-alveolare fie intacte, fie în debut, fie total dispărute.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 39

Fișa nr. 39 prezintă un alt aspect de atrofie involutivă — zona maxilară a premolarilor și molarilor.

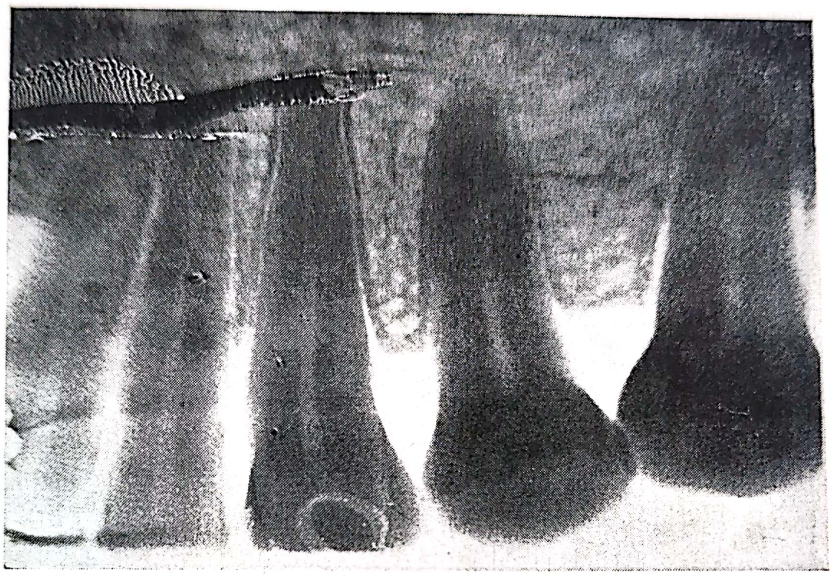
Imagine cu aspect caracteristic, de reducere morfo-funcțională a înălțimii nișei osteo-alveolare, evidențiată concludent de aspectul atrofiat al **limbus**-urilor interalveolare. Deși atrofiate, adică reduse, aceste **limbus**-uri au forma lor normală, ele **respectă conturul morfologic cortical** al organului respectiv (parodontul osteo-alveolar).

Numai prin acest caracter radiologic reușim să diferențiem aspectul clinic de dezgolire a zonei radiculare de la nivelul coletului și sub colet; acest aspect trebuie atribuit unor fenomene de senescență înainte de vreme. Atrofia involutivă a osului alveolar, în aceste împrejurări, se consideră **un stigmat de alarmă** a acestei senescențe și **nu se atribuie unui proces disbiotrofic evolutiv.**

De la astfel de considerații vor porni și preocupările de asistență pe care le impune **eclectismul terapeutic:** asistență medicală și gerontologică, iar, local, asistență parodontopatică pentru manifestări simptomatice.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 40



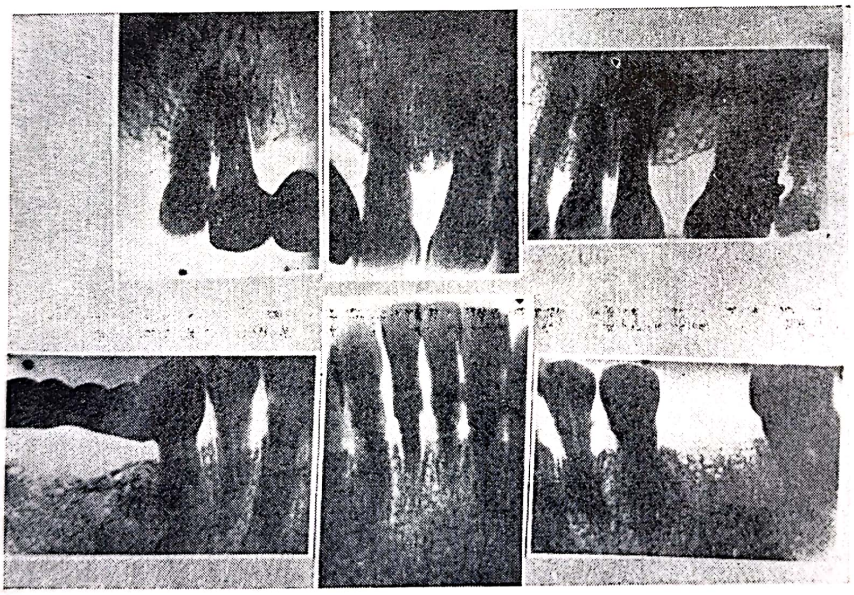
Fișa nr. 40 prezintă un alt aspect atrofic involutiv

Imagine cu aspect de atrofie involutivă, cu caracter orizontal și evidentă respectare a corticalei la nivelul **limbus**-urilor interalveolare; corticala, prin structura sa compactă, delimitează conturul morfo-funcțional al osului alveolar respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 41

A



B

Fișa nr. 41 prezintă aspecte clinice și radiografice de senescență precoce.

Pacientul B.G., 50 de ani, salariat, este trimis la Centrul de parodontologie « Bucur » pentru consultație și tratament corespunzător. În antecedente, pacientul fiind bolnav pulmonar, ani de zile a suportat un tratament foarte drastic cu **tuberculostatice.**

Imaginea A — aspect clinic de denudare accentuată a elementelor odontale, mai ales în zonele frontale; depozite de tartru la nivelul frontalilor inferiori, cu un discret lizereu gingivitic; foetor **ex ore** absent. La prima vedere ne-a creat impresia unei manifestări evolutive parodonto-patice esențiale. Urma ca examenul radiografic să confirme sau să infirme supoziția clinică.

Scanned with OKEN Scanner

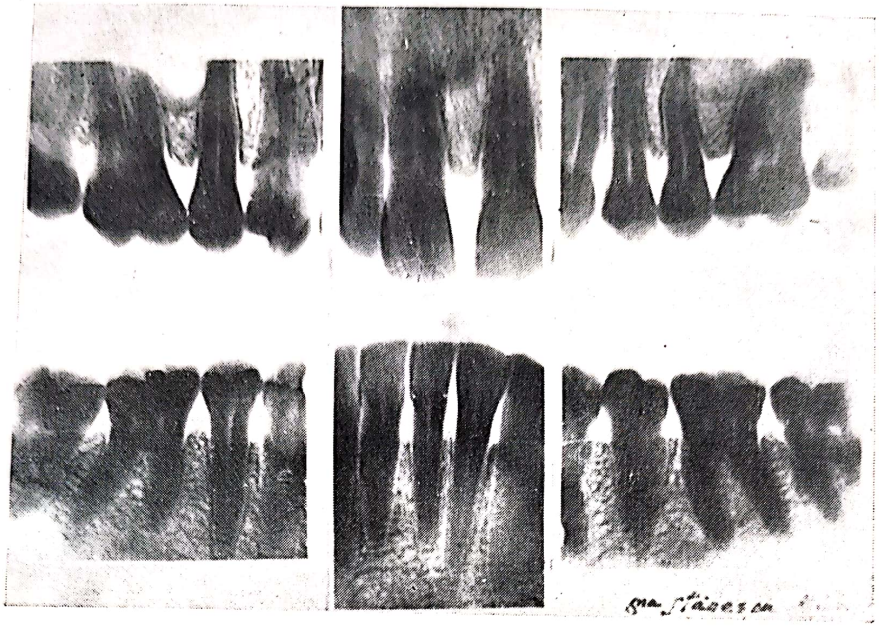
Imaginea B — aspectul radiografic ne arată nivelul orizontal al marginii osului alveolar, cu evidentă respectare a conturului marginal; absența oricărui stigmat disbiotrofic evolutiv (descris în fișele cu aspecte parodontopatice esențiale). Aceste elemente ne-au făcut să afirmăm existența fenomenelor de atrofie involutivă datorită unei senescențe survenită insidios și timpuriu, prin acțiunea de bruscare pe care au determinat-o stările incitatorii și a condițiilor de viață și suferință, cît mai ales prin acțiunea nocivă a chimioterapiei cu tuberculostatice, care ani de zile i-au fost administrate pentru o leziune primară bacilară pulmonară.

De aceea, am refuzat să supunem pacientul la o operație cu biostimulatori, tocmai pentru motivul că nu era nimic de recondensat, îndrumîndu-l spre serviciile cu preocupări de asistență generală, endocrinologică, geriatrică etc.

Local, i s-a făcut detartraj și s-au dat îndrumări asupra igienei bucale, completată cu folosirea apei medicinale « PARADENTA ».

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 42



Fișa nr. 42 prezintă aspecte radiografice de atrofie involutivă de ansamblu, cuprinzînd ambele arcade.

Imaginea pune în evidență un **aspect radiografic atrofic involutiv** pe toată întinderea ambelor arcade odonto-parodontale, care ne demonstrează concludent caracterul **orizontal și uniform** al fenomenelor atrofice ale osului alveolar.

Această imagine aparține unui caz care ni se pare că are o importanță cu totul deosebită sub aspectul patogeniei apariției și evoluției fenomenelor atrofice involutive, care, îngrijorînd pacienta cum că își pierde dinții înainte de vreme, au determinat-o să ne solicite consultație și asistență.

Iată cîteva date din anamneza cazului, pe care le reținem, considerîndu-le în corelație patogenică cu fenomenele parodontale respective.

S. Al., 38 de ani, căsătorită, nulipară, salariată, bine dezvoltată ca constituție somatică. Antecedente personale: cu foarte multe emoții trăite și cu suferințe fizice, mai ales prin cele 5 operații pe care le-a suportat în ultimii 6 ani (fibrom uterin, nefrectomie, fractura femurului prin accident rutier tratat prin osteosinteză etc.); ca urmare a acestor traume fizice și psihice a rămas cu o insomnie care o obligă să doarmă numai cu somnifere.

Endocrinologic, prezintă fenomene disfuncționale tiroidiene pentru care se află în asistența Institutului de endocrinologie.

Local buco-odontal — igienă bucală bună; prezintă integritatea sistemului odontal, cu ocluzie ortognatică; absența oricărui fenomen lezional-inflamator al mucoasei și papilelor gingivale. Denudarea elementelor odontale, la colet, lentă, dar mai accentuată în evoluție în ultimii 2 ani, fenomen care o face să se gîndească la manifestări parodontopatice, despre care știe că duc la edentație timpurie, pentru care se alarmează și vine să ne solicite sfatul și eventual asistența terapeutică.

Așadar, un caz cu fenomene **stress**-ante grave, datorite unor condiții ce acționează incitator asupra unui organism. Acest organism aparent bine echilibrat și dezvoltat în conformația sa somato-funcțională, deci aflîndu-se în maturitate organică, ar avea condiții organice apte pentru **fenomene automate prin care să compenseze și să echilibreze pînă la un punct acțiunea**

Scanned with OKEN Scanner

incitatorie nocivă pe care o provoacă traumele (mai sus menționate) prin intensitatea ca și prin durata acțiunii lor. Dar cum aceste influențe au acționat în timp, așa cum s-a întîmplat cu repetatele șocuri emotive și suferințele fizice ale celor 5 operații în ultimii 6 ani, desigur că **automatismul organismului** respectiv, deși intrase în maturitate cu un **potențial vital apt** pentru fenomene de compensare, reechilibrare și acomodare la noile condiții de viață, **începe încet, încet să cedeze,** să dea loc mai întîi la fenomene disfuncționale, apoi organice, mai discrete, apoi din ce în ce mai evidente, din categoria fenomenelor care, prin caracterele biologice și morfostructurale de tip atrofic involutiv și alterări tisulare ale sistemelor vitale, aparțin epocii de senescență.

În acest mod ne explicăm apariția la pacienta examinată a **stigmatelor de alarmă** a fenomenelor senescenței timpurii, materializată prin fenomenele atrofice involutive ale sistemului osteo-alveolar, redat evident în imaginile radiografice alăturate.

Ca asistență, pe principiul care se orientează eclectic activitatea noastră, i s-au prescris pacientei: multă grijă pentru condițiile de viață și desfășurare a muncii sale de salariată la locul de muncă, în optime condiții, cu evitarea maximă a stărilor emotive și a suprasolicitărilor fizice, asistență de înaltă competență endocrinologică și consultarea unor specialiști din domeniul gerontologiei.

Bineînțeles și pentru viitor, igienă bucală atentă, care de altfel o constatăm că este de cea mai bună calitate. De asemenea, control periodic în instituția noastră pentru a-i urmări stabilitatea fenomenelor atrofice, apărute în sistemul parodontal al arcadelor sale odonto-alveolare.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 43

A

B

Fișa nr. 43 prezintă hiperplazia marginală a mucoasei gingivale și a papilelor respective inter-odontale, de natură gravidică.

Imaginile alăturate, A și B, aparțin unei gravide în luna a 6-a. **Imaginea A** reprezintă aspectul preoperator, hipertrofic prin proces hiperplazic al mucoasei gingivale, care datează de aproximativ 2—3 săptămîni.

Imaginea B reprezintă aspectul arcadelor după gingivectomia efectuată, chiar în această stare gravidică, din luna a șasea.

Scanned with OKEN Scanner

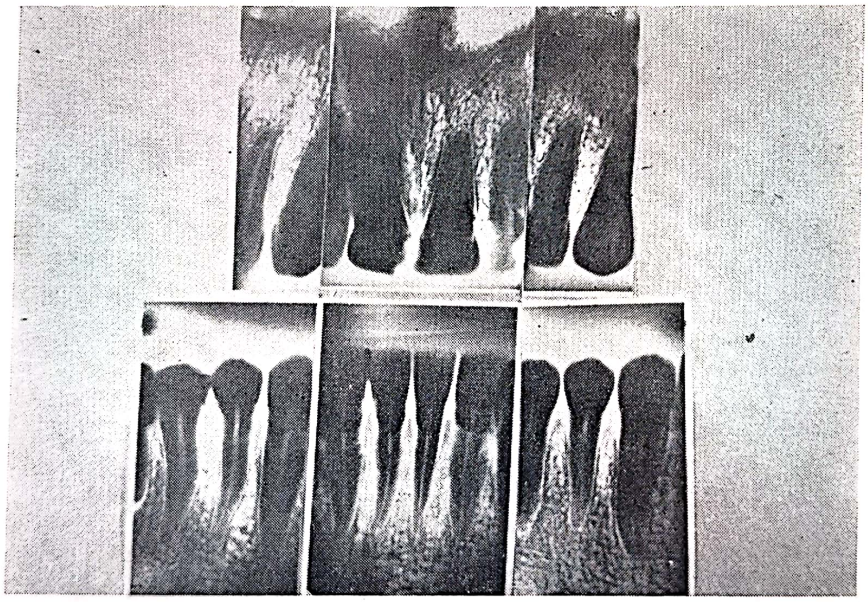
Aspectul imaginii A, impresionează nu numai prin gravitatea procesului hiperplazic, care se remarcă evident și concludent pe această imagine, dar și prin gravitatea manifestărilor, în special sîngerările pe care le provoacă în diversele acte funcționale buco-odontale. Nu aspectul hiperplazic, ci manifestările legate de acest proces au fost acelea care au obligat gravida să vină să ne solicite asistență cu orice risc (ținînd seama de stadiul sarcinii). Aceasta, pentru că nu putea lua nimic în gură, fără ca să nu-i pornească o hemoragie abundentă din gingii și mai ales papile, atît de hipertrofiate prin procesul hiperplazic și pe care cu nimic din tot ce a încercat, nu le-a putut remedia.

Iată o împrejurare patologică parodontală, în care, conform principiului eclectic terapeutic, singura modalitate care putea rezolva astfel de manifestări, era operația care exciza acest proces hipertrofic-hiperplazic, adică **gingivectomia,** urmată de o asistență buco-odontală, dintre cele mai atente, cu măsuri de igienă preventivă, dezinfectantă, sclerozantă etc.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 44

A



B

Fișa nr. 44 prezintă dezgolirea dinților de suportul lor gingivo-osteo-alveolar, în urma periajului excesiv sau abuziv.

Atît cazul din această fișă, ca și cele din fișele următoare, nr. 45—46, ne-au fost trimise ca suspecte de parodontopatie esențială evolutivă, pentru a fi consultate și tratate în consecință.

Așa cum se va vedea mai jos, acest caz, ca și multe alte cazuri care ne sînt dirijate din rețeaua stomatologică din diferite unități locale sau din colțuri îndepărtate ale țării, impresionează prin aspectul dinților dezgoliți în zona coletelor, în special pe fața vestibulară. Asemenea cazuri, dirijate nouă, nu au fost analizate ca mod de apariție și evoluție, prin prisma discernă-

Scanned with OKEN Scanner

mîntului clinic și etiologic coroborat cu examen radiologic, enunțat și descris în prima parte a lucrării noastre, ci au fost apreciate numai după aspect și dirijate pentru rezolvare, la Centrul de parodontologie.

Într-adevăr, în toate cazurile, se constată evident un aspect care prin caracterul denudat al zonei coletelor, ar putea, la prima vedere, să creeze impresia unor manifestări, care nefiind legate de vreun factor cauzal oarecare, ca: tartric, inflamator sau microtraumatic disfuncțional, prin dezechilibru ocluzo-articular etc., să fie considerată « parodontopatie esențială ». Dar pentru a fi corect etichetat nu este suficient numai acest unic element. Pentru a eticheta just această categorie de manifestare, mai este nevoie de încă alte cîteva elemente patologice, care să se încadreze **în triada simptomatică patognomonică** parodontopatică esențială (triadă descrisă în lucrarea Parodontopatia esențială). Or, studiind cu atenție și cu mult discernămînt **imaginea A** constatăm o deșosare parțială și pe zone mai expuse, ca situație și proeminență, traumelor periajului, cu absența oricărui lizereu inflamator din partea mucoasei gingivale, ca și absența oricărei halene. Pe de altă parte, aspectul din **imaginea B** indică integritatea conformației osului alveolar și a **limbusurilor** sale, fapt care **infirmă orice bănuială a unor manifestări de tip esențial.** Iar dacă interogăm pacientul de modul cum și cam de cînd a observat denudarea și cum își face periajul odontal, descoperim **că aplică un periaj excesiv,** abuziv, fapt care confirmă că nu poate fi vorba de un fenomen patologic propriu-zis, ci de un traumatism prin periaj asupra mucoasei gingivale marginale. Acest fapt se putea stabili chiar la prima vizită a pacientului, dacă s-ar fi insistat asupra circumstanțelor de apariție a acestor aspecte cu dinți descoperiți spre rădăcină și chiar cu abraziuni a unor întinse zone din suprafața smalțului, cimentului și a dentinei corespunzătoare, prin brutalitatea periajului, defectuos înțeles și aplicat.

Iată așadar aspecte parodontale, care trebuie reținute, căci altfel, ele pot da loc, așa cum se va vedea în fișa următoare (fișa nr. 45), la unele implicații regretabile, mai ales în zilele noastre, cînd condițiile industriei și tehnicii medicale au pus la îndemîna fiecărui practician, mijloace de depistare radiologice din cele mai perfecte, care folosite, pot elucida clar pe imagini corect executate, cele mai dificile probleme întîlnite în activitatea cotidiană a oricărui stomatolog.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 45

A

B

Fișa nr. 45 prezintă un alt caz de denudare odontală, foarte întinsă și accentuată, provocată tot de un periaj greșit interpretat și aplicat.

P.L., 35 de ani, sportiv, este dirijat la noi pentru tratament al unor manifestări parodontopatice în plină evoluție.

Imaginea A — aspectul clinic: dinții denudați și abraziați pe suprafețele vestibulare pînă pe segmentul radicular, începînd din zona coletelor, imediat sub limita smalțului odontal. Mucoasa gingivală de aspect normal, dar mult retrasă, dezgolind segmentul radicular vestibular pe suprafețe întinse de 2 pînă la 6 mm. Nici leziuni inflamatorii și nici halenă urît mirositoare. Totul normal, în afară de acest aspect de denudare, impresionant.

Imaginea B — bilanțul radiografic cu aspectele arcadelor osului alveolar. Așa cum se constată, sistemul osteo-alveolar este integru, normal pe toată întinderea arcadelor.

Deci, o denudare vestibulară, cu aspect normal al mucoasei gingivale, ca și a papilelor sale interodontale; zone întinse de erodare de ciment radicular, pînă în structura dentinei, deve-

Scanned with OKEN Scanner

nită foarte sensibilă la variațiile termice, mai ales absența oricărui lizereu gingivitic, ca și a halenei urît mirositoare; **radiografic** — integritate morfo-structurală a parodontului osteo-alveolar. Ansamblul acestor elemente constatate ne duc spre bănuiala că la mijloc nu poate fi vorba de fenomene patologice, ci că pacientul își efectuează, pedant fiind cu frumusețea dinților săi, o igienă bucală, bazată pe un periaj executat pînă la un abuz excesiv. Pacientul fiind întrebat, ne relatează fapte deosebit de interesante, demne de reținut: avînd o dantură frumoasă prin culoare și înșiruire pe arcada odontală, mereu a fost preocupat de îngrijirea ei; s-a conformat regulilor celui mai tehnic periaj, folosind cele mai bune perii și dezinfectante (dentifrice). Fiind fumător, era nevoit să-și frece dinții ceva mai mult ca de obicei. Dar într-o zi, constatînd că la nivelul dinților frontali superiori și în dreptul caninilor inferiori, dinții încep să se dezgolească de mucoasa gingivală, consultă medicul specialist de la cabinetul sportiv. Acesta cum știa că parodontopatia ar avea la baza ei etiopatogenică o iritație tartrică și o inflamație gingivală, îi face detartrajul respectiv și îi prescrie o igienă bucală completată prin masaj și periaj odontal tehnic și metodic aplicat.

Pacientul sub obsesia că își va pierde frumoșii săi dinți, a pus în practică cu maximum de meticulozitate și insistență cele prescrise, în special în ceea ce privește periajul. Dar văzînd că dinții continuă să se dezgolească de mucoasa gingivală, consultă medici după medici, pînă cînd în cele din urmă este dirijat la noi pentru examen și tratament al manifestărilor « parodontopatice ».

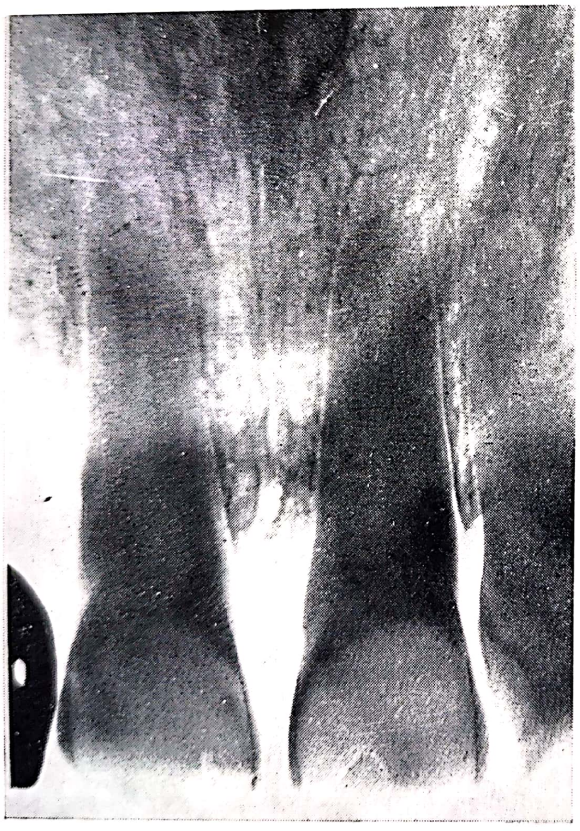
Desigur, după examenul clinic al pacientului, pe baza aspectului redat în imaginea fotografică A, coroborată cu aspectul normal al integrității osului alveolar, redat de imaginea radiografică după care s-a întocmit **graficul parodontal** din imaginea B, completate și cu datele interogatoriului, am infirmat diagnosticul care-l îngrijora. L-am lămurit și asigurat că el NU are fenomene patologice, ci totul se datorește unei tehnici de periaj abuziv, pe care trebuie să și-l modereze, în sensul ca să utilizeze periajul, dar nu să abuzeze de el.

Ia ă deci, cum am enunțat și în fișa anterioară, la ce implicații poate duce un examen superficial, bazat pe elemente superficiale.

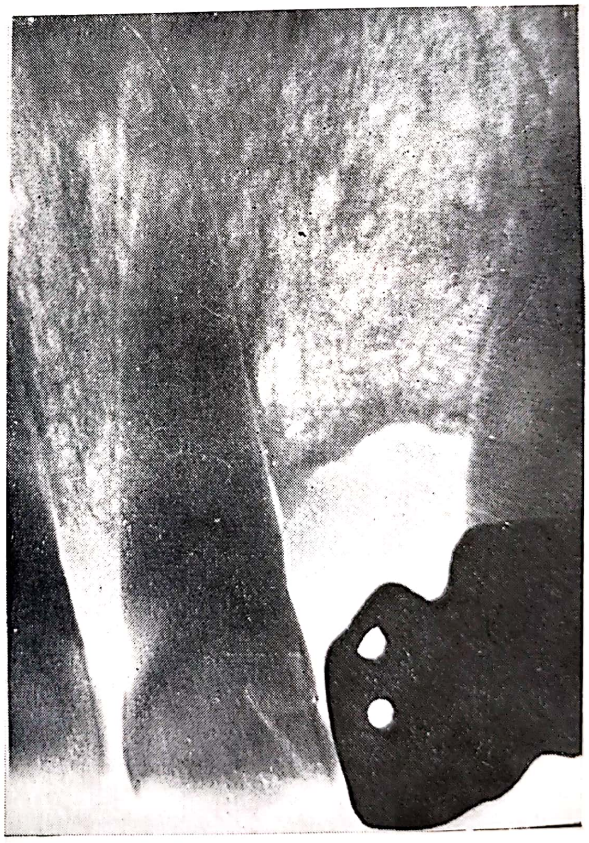
Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 46

A



B



C

Fișa nr. 46 prezintă un aspect impresionant de dezgolire și mai ales de eroziune a smalțului odontal.

Imaginea A — aparține unui pacient în vîrstă de 54 de ani. Pentru a-și întreține igiena bucală după toate regulile prescrise de stomatologul curant, a practicat un periaj pe care-l

Scanned with OKEN Scanner

considerăm nu abuziv, ci brutal! Profunditatea cavităților pe fața vestibulară a dinților, prin erodarea produsă de periaj, care la unii dinți a ajuns pînă la camera pulpară, confirmă aplicarea unui periaj brutal.

Pacientul, sfătuit de un specialist, ni se adresează pentru a fi tratat de parodontopatie, care, prin aspectul dinților denudați pe partea lor vestibulară, îl îngrijorează, ca nu cumva să-i piardă.

Deși prin situația și aspectul evident al acestor erodări neînsoțite de inflamație gingivală sau halenă urît mirositoare, aspect clinic coroborat cu declarațiile sale asupra modului cum își face periajul, nu mai lasă nici o îndoială asupra faptului că nu era vorba de manifestări parodontopatice, ci de erodări și deșosări prin traumatismul unui periaj mai mult decît abuziv, pentru confirmarea diagnosticului și pentru a convinge pe pacient de realitatea afirmațiilor noastre, i s-au făcut radiografii în zonele respective, demonstrîndu-i-se integritatea sistemului parodontal osteo-alveolar respectiv. Imaginile radiologice B și C, prin aspectul integrității osului alveolar, vin să confirme cele afirmate pe baza elementelor clinice.

Desigur, sfatul dat, a fost cel al unei rectificări a regulilor de igienă bucală și aplicarea unui periaj moderat, tehnic și util aplicat, nu abuziv și brutal.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 47

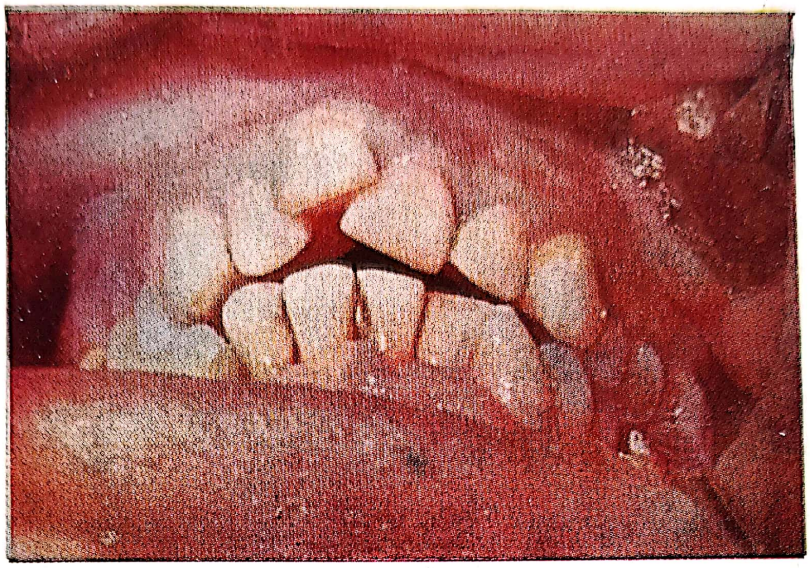
Fișa nr. 47 **prezintă un aspect al defectelor ocluzo-articulare**

Imaginea alăturată prezintă aspectul clinic al mucoasei gingivale și papilelor sale interodontale în stare perfect normală.

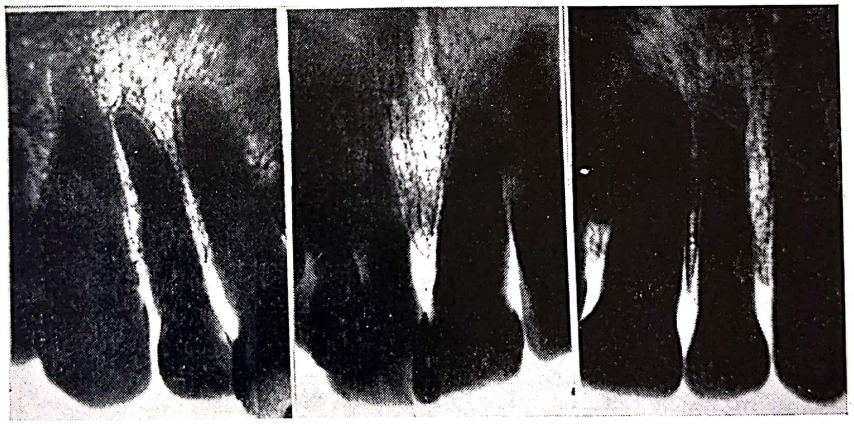
Investigația radiologică ne-a arătat de asemenea aspectul normal al sistemului osteo-alveolar.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 48



A



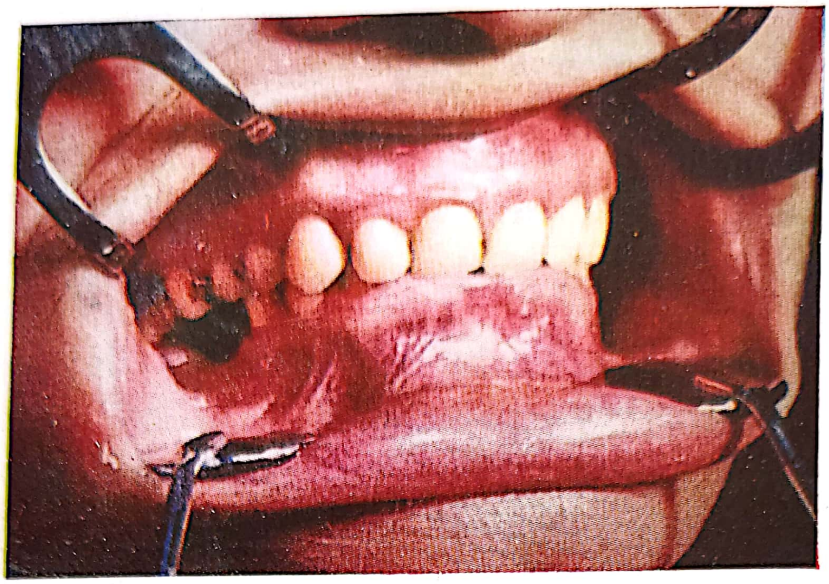
B

Fișa nr. 48 prezintă un alt aspect odonto-ocluzal anormal

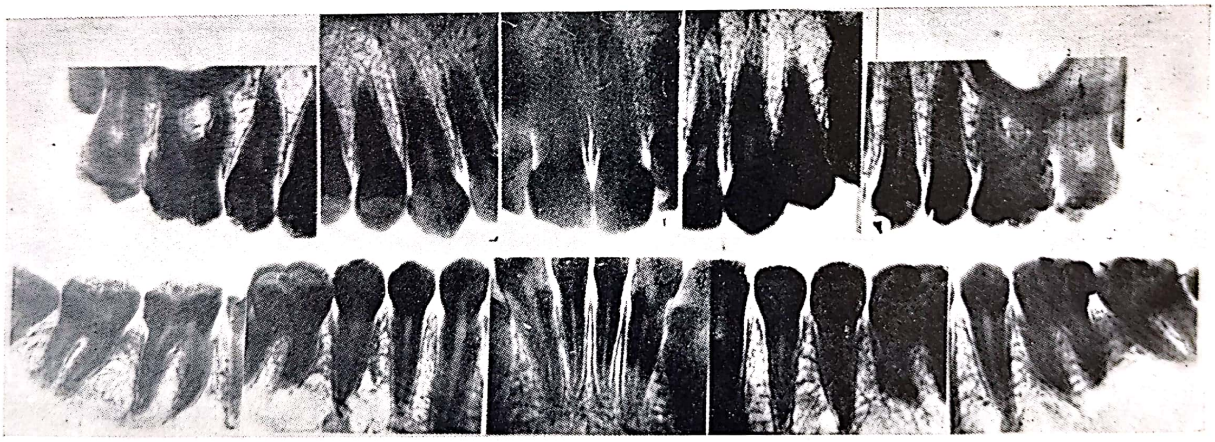
Imaginea alăturată A, ca și aspectele din imaginile fișelor nr. 47 și 49 sînt prezentate NU pentru a arăta curiozități ocluzo-articulare defectuoase. Astfel de aspecte constituie preocupările ortodonției. Le prezentăm, însă, în scop demonstrativ pentru adepții concepției teoriei localiciste, care susțin că unul din factorii parodontopatogeni, ar fi și dezechilibrul ocluzo-articular (problemă de altfel discutată cu ocazia prezentării fișei nr. 4 și 5). Prin aceste imagini atragem atenția asupra faptului următor: deși starea ocluzală interodontală se află în evidentă anomalie, totuși aspectul clinic al mucoasei gingivale (din imaginea fotografică), ca și studierea aspectelor din imaginile radiografice alăturate B **ne arată integritatea morfo-structurală a parodonțiului.** De unde și deducția logică, că atunci cînd constatăm la un parodontopat esențial, un dezechilibru ocluzo-articular, acesta (așa cum am subliniat în legenda fișei nr. 4) nu trebuie să-l considerăm cauza proceselor și manifestărilor respective, ci **consecința** evolutivă a proceselor disbiotrofice parodontopatice.

Bineînțeles, aceasta nu se referă la aspectul anomaliei de ocluzie, din fotografia alăturată

FIȘA NR. 49



A



B

Fișa nr. 49 prezintă un aspect de ocluzie frontală « profundă-acoperită »

Iată un aspect de ocluzie în zona frontală, atît de adîncă, încît incisivii maxilari, în actul ocluziei, traumatizează, în zona opusă mandibulară, papilele și marginea mucoasei gingivale.

Din cauza traumatismului, mai ales, în actul prehensiunii alimentare și al masticației, mucoasa gingivală, numai la acest nivel, o găsim congestionată, iritată și chiar ici-colo, discret ulcerată.

Observația clinică din imaginea A, completată cu examenul radiografic al sistemului osteo-alveolar al ambelor arcade, imaginea B evidențiază **aspectul de integritate** morfo-structurală osteo-alveolară.

Scanned with OKEN Scanner

În concluzie, cu tot traumatismul exercitat asupra zonei frontale a parodontului mandibular, în stare statică și funcțională, totuși acesta nu a provocat leziuni mai complexe ale integrității structurii osului parodontal. Aceasta se reduce la o simplă leziune superficială a mucoasei gingivale. Deci au fost realizate **fenomene parodontopatice simptomatice,** de natură traumatică, și nicidecum aceste traumatisme, cu toată acțiunea lor îndelungată și persistentă, nu au provocat procese disbiotrofice osteo-alveolare evolutive « esențiale », așa cum insistă în teoria etiopatogenică partizanii concepției localiciste, cînd vorbesc de rolul microtraumatismelor ca factori parodontopatogeni.

Desigur că acest aspect cu fenomene simptomatice care jenează mult actele funcționale, prezentînd și un aspect de conformație interocluzală disgrațios, impune preocupări de remediere de natură ortodontică, prin elemente protetice de înălțare a ocluziei respective.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA A III-a

Asistența practică, metodologică, parodontologică

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 1

Metodica practică parodontologică generală

Realizarea celui de al III-lea parametru al concepției noastre

Odată expuse, teoretic, principiile cardinale ale metodologiei parodontologice în cap. 1 și 2 ale primei părți din această lucrare, iar în partea a II-a, elementele pe care se bazează iconografia ce ilustrează, explică și documentează, cu eventualități cazuistice exemplificative concrete și concludente, **concepția noastră orientativă în problemele parodontologice,** în cele ce urmează vom jalona modul cum **se desfășoară practic activitatea noastră parodontologică** și cum credem că ar fi bine ca ea să se practice, pentru a se realiza eficiența cea mai satisfăcătoare, atît pentru pacient, cît și pentru cel care este chemat să-și consacre eforturile acestor preocupări.

Pentru a ne găsi în contextul acestei lucrări, să presupunem că același pacient X, pe care l-am prezentat la începutul acestor expuneri, de această dată alarmat de perspectiva implicațiilor la care ar putea duce manifestările parodontopatice de care suferă, **s-a prezentat la consultațiile noastre, în Centrul de Parodontologie.**

Pe baza unei îndelungate experiențe și plină de observații și învățăminte științifice și mai ales practice, vom arăta jaloanele după care este condus acest caz, de la prima consultație și pînă la completa lui vindecare, **bineînțeles presupunînd și trecînd cu el prin cele mai importante și caracteristice eventualități ale patologiei parodonțiului, care cel mai obișnuit și mai frecvent,** ar putea fi depistate sau întîlnite în activitatea de fiecare zi.

Vom arăta într-un mod concludent și sub toate detaliile cum este practicată **prima consultație,** pe care o considerăm sumară și de orientare și cum procedăm cînd pacientul revine la a doua consultație, după ce și-a făcut examenul radiografic al întregului sistem odonto-parodontal (bilanțul radiografic).

Prima ședință, a primei consultații. O dată pacientul așezat pe fotoliul dentar, i se iau cîteva date sumare pentru a fi înregistrate și consemnate în scriptele respective (vîrstă, profesie, locul de muncă, adresa de acasă și de la locul de muncă, telefoanele respective). Înainte de orice examen îl ascultăm să ne spună în ce constă necazul sau suferința care l-a determinat să vină la consultație, fie din proprie inițiativă, fie dirijat pentru consultație și tratament. Din cele ce ne relatează pacientul, în consensul concepției noastre, deducem că el suferă de o afecțiune parodontală, adică o parodontopatie. După modul de manifestare (așa cum am menționat în această lucrare) poate fi vorba de manifestări atribuite, uneori, unor **factori provocatori sau determinanți, cunoscuți,** constituind **categoria parodontopatiilor simptomatice,** începînd cu cele mai simple leziuni ale mucoasei gingivale, pînă la gingivitele cu complicații osteo-alveolare, uneori foarte grave. Alteori, ar putea fi vorba de **categoria parodontopatiei esențiale,** afecțiune care este atribuită **unor factori organici predispozanți, favorizanți, stress-anți și determinanți** necunoscuți — încă ipotetici și foarte mult discutați chiar de cele mai înalte foruri cu preocupări de studii și cercetări parodontologice. Am încercat în partea a II-a a acestei lucrări să ilustrăm și să demonstrăm ceea ce era de afirmat pe un număr de fișe iconografice, grupate pe categorii parodontologice distincte și concludente, întocmite cu explicații detaliate corespunzătoare, fișe care trec în revistă majoritatea manifestărilor parodontologice, dintre cele care pot fi mai frecvent întîlnite în activitatea oricărui parodontolog solicitat pentru astfel de probleme.

Prin examenul stomatologic odonto-parodontal care i se face pacientului, în mod sumar în această primă ședință, chiar de la prima vedere ne putem da seama dacă este vorba de o afecțiune a parodonțiului, manifestată sub multiple aspecte (denudare, lizereu gingivitic sau inflamație accentuată a mucoasei gingivale, cu sau fără pungi pioreice, deplasări migratorii, eventual dezechilibru interocluzal al arcadelor odontale etc.), fiecare manifestare cu implicațiile corespunzătoare odontale sau buco-odontale.

În cadrul acestei prime consultații, indiferent în ce ar consta leziunea sau manifestarea pentru care pacientul solicită să fie consultat, nu insistăm prea mult asupra unor subtilități exploratorii odonto-parodontale, asupra mobilității odontale și a gradului ei, asupra stabilirii echilibrului sau dezechilibrului ocluzo-articular în stare statică sau funcțională etc. NU, deoarece după acest **examen sumar și orientativ,** dirijăm pacientul la cabinetul de radiografie, pentru a i se face așa-zisul **bilanț radiografic,** adică radiografiile întregului sistem odonto-parodontal, fie panoramic, fie radiografii în serie, pe grupe odonto-parodontale.

De îndată ce s-a făcut acest examen radiografic, pacientul revine pentru a **doua ședință,** în cadrul căreia de astă dată i se face examenul parodontologic, complet cu consemnarea datelor din toate punctele de vedere, pe **fișe parodontologice speciale.** Această întocmire a fișei **se face numai atunci cînd cazul, prin natura leziunilor și**

Scanned with OKEN Scanner

manifestărilor respective, va trebui să fie luat în asistență parodontologică propriu-zisă.

Cînd nu este cazul și aspectul problemei se poate lămuri sau rezolva imediat, chiar în aceeași ședință, prin una din modalitățile pe care le vom arăta în capitolul următor (detartraj), demontarea unei proteze, badijonaj dezinfectant etc., atunci nu i se mai întocmește fișa specială, ci rămîne numai cu înregistrarea în scriptele activității, menționîndu-se cele constatate și diagnosticul, precum și modul în care a fost rezolvat.

Ședința a II-a, ședința în cadrul căreia îndrumați de aspectul constatat pe imaginile radiografice, adică dacă este vorba de o parodontopatie esențială, se completează examenul clinic odontal în special cu explorarea parodonțiului.

În această ședință sînt consemnate în fișa parodontopatică, elementele reținute din anamneza cazului, punctată în audierea ei, ici și colo, cu precizări asupra datei de debut a manifestărilor, asupra condițiilor sau împrejurărilor în care au apărut unele elemente, dacă acestea sînt atribuite vreunui factor oarecare etc. De asemenea, se insistă investigator asupra modului cum au evoluat manifestările respective de la debut și pînă în momentul consultației, precum și asupra unor eventuale încercări de tratament etc. Acum se face examenul **clinic** parodontologic care, de astă dată, consemnîndu-se tot ce se constată patologic, va fi completat cu acte exploratorii asupra aspectului mucoasei gingivale și papilelor sale interodontale, denudarea sau nu a elementelor odontale, asupra stării ocluzale, asupra stabilității statice și funcționale a elementelor odontale, asupra existenței tartrului dentar, asupra eventualelor pungi pioreice, asupra profunzimii, topografiei acestor pungi, ca și a produsului lor de secreție etc. Aceste date sînt coroborate și cu **aspectele constatate pe imaginile radiografice** pentru care fapt aceste imagini trebuie, prin tehnică desăvîrșită, să ne redea perfect structura osului alveolar. Pe baza acestor date anamnezice, clinice și radiografice se pune problema diagnosticului, adică a punerii în practică a **principiului discernămîntului** de interpretare, încadrare și sistematizare anatomo-clinică a aspectului parodontopatic. Astfel, se realizează în mod concludent stabilirea diagnosticului uneia din eventualitățile parodontopatice, ca și încadrarea manifestărilor respective, după natura cauzală și aspectul patologic, fie în categoria **parodontopatiilor simptomatice,** fie în **categoria parodontopatiei esențiale** — uscată (apioreică) sau umedă (pioreică). Cînd, prin elementele constatate, aspectul complexului odonto-parodontal, așa cum demonstrăm prin cazuistica din fișele iconografice din cap. 7 nu se încadrează în nici una din categoriile patologice « simptomatice » sau « esențiale », trebuie să-i definim, și acestui aspect, cadrul nosologic (așa cum am făcut la fiecare fișă), pentru a lămuri și liniști pacientul nostru care trăiește sub obsesia eventualității, așa cum i s-a spus, că-și va pierde dinții prea timpuriu. Lămurindu-l **vom preveni,** așa cum de foarte multe ori am constatat (fapt subliniat și în fișele respective), aplicarea diverselor modalități ineficiente de tratament.

Scanned with OKEN Scanner

În asemenea împrejurări, aspectele imaginilor radiografice, **sînt cele care ajută și confirmă diagnosticul prezumptiv** enunțat în prima ședință de consultație orientativă.

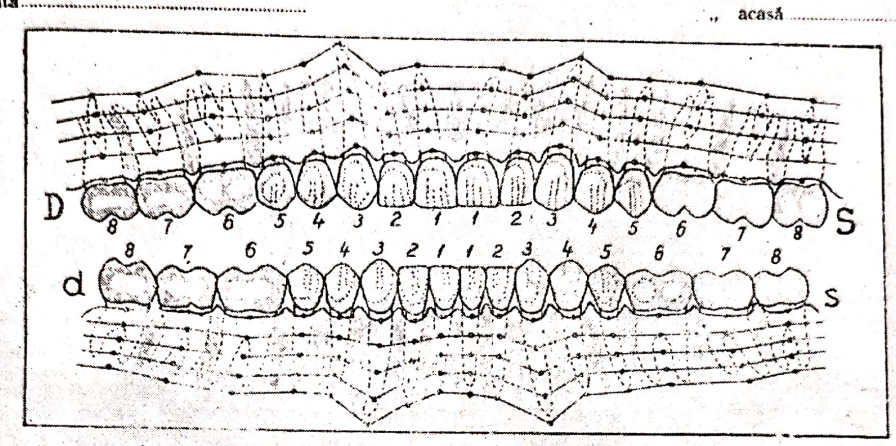
Cu toate că am mai subliniat în alt capitol rolul și valoarea imaginilor radiografice odonto-parodontale, **pentru stabilirea diagnosticului diferențial,** totuși pentru a ușura eforturile parodontologului considerăm că nu greșim prea mult, dacă reactualizăm problema atunci cînd prin confruntare punem una lîngă alta imagini ilustrative ale **celor 3 aspecte** importante radiografice: **aspectul normal, aspectul disbiotrofic și aspectul atrofic involutiv.** Prin posibilitatea de comparație pe care ele îl prezintă, se poate discerne evident ce este, cum se prezintă un **aspect normal parodontal,** în raport cu un **aspect parodontopatic esențial** și ambele în raport cu aspectul radiologic al **atrofiei involutive,** element **stigmat de alarmă al fenomenelor de senescență,** care deja și-au imprimat organic implicațiile disfuncționale în conformația morfo-funcțională a parodontului.

Scanned with OKEN Scanner

FIŞA NR. 50 (a)

FIŞA PARODONTOPATICĂ
ESENŢIALĂ

1. Numele şi prenumele .....
Vîrsta ..... Ocupaţia .....
Adresa ..... telef. serv. .....
Data ..... „ acasă .....



2. DIAGNOSTIC — aspectul clinic, stadiul evolutiv, etc. .....

3. ANAMNEZA — debutul şi modul de apariţie şi manifestare al primelor simptome (foetor, sîngerări spontane sau provocate gingivale, sensibilitate gingivală, dureri la masticaţie, nevoia de a strînge dinţii, cracmente în ATM), etc. .....

4. EXAMEN LOCAL

1. *Ex. Odontal* (în raport cu leziunile parodontale) : starea şi tipul ocluzal, migrări, denudări, mobilitate, lipsuri, leziuni peri-apicale sau coronare, elemente protetice, etc. .....

5. 2. *Ex. Parodontal* — aspectul gingiei marginale : culoare, retracţii, edematiată, hipertrofiată, hiperplaziată, ulcerată, sîngerîndă la atingeri, pungi pioreice, etc. .....

6. 3. *Ex. Radiografic* — aspectul distrofiei, localizat, generalizat, vertical, orizontal, etc. .....

I. P. Tiparul — cd. 3582/1971

Fişa nr. 50 prezintă modelul fişei parodontopatice după care se desfăşoară activitatea parodontologică

În întocmirea acestei fişe (a şi în continuare b pe pagina următoare, prin punctele enumerate de la 1 pînă la 15), s-a avut în vedere principiul simplificării, coordonat cu acel al înregistrării

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 50 (b)

7 **EXAMEN GENERAL**

1. ***Condițiile Modului și ale Mediului de viață și activitate*** :
Viața sedentară, agitată, existența traumelor psihice, stări psihastenice, surmenaj fizic, alimentația, viața sexuală, etc. .....

8. 2. ***Elemente predispozante organice generale*** după :
a. ***Antec. ereditare*** (tare moștenite, ca : obezitate, diabet, hipertensiune esențială, parodontopatie esențială, etc. .....

9. b. ***Antec. personale*** — sarcini, fracturi, infecție bacilară, alte maladii, surmenaj, insomnii, psihastenii, etc. .....

10 3. Elemente survenite drept consecințe ale unor ***corelații de concomitență*** etio-patogenică : nevroze, stări demineralizante, endocrinopatii, diabet, etc. .....

11. 4. ***Probe de laborator*** : urină, singe (VSH, hemograma, ureia, probele hepatice, glicemia, ***calcemia***, și fosfatemia), salivă (enzimele) etc. tensiunea arterială, electro-cardiograma, etc.

TRATAMENTE

12 TRAT. GENERAL (în corelație cu factorii prezumptivi sau depistați) .....

13 TRAT. LOCAL — ***gingivo-alveolar și odontal***

a. ***Trat. pre-operator*** :
— instructaj asupra naturei maladiei, evoluției ei ca și asupra noțiunilor de igienă buco-dentară (periaj, paste și apa de gură, utilizarea și nocivitatea scobitorilor etc.) ;
— detartraj ;
— asanarea focarelor și leziunilor odontale;
— asanarea mucoasei gingivale lezate ca și a pungilor pioreice ;
— îndepărtarea elementelor proteice fixe : etc.

b. ***Trat. chirurgical*** : — ***data și natura operațiilor aplicate***

14 OPERAȚIA ARCADEI SUPERIOARE .....
OPERAȚIA ARCADEI INFERIOARE .....
alte operații .....
TRAT. POST-OPERATOR
a. imediate .....
b. tardive .....

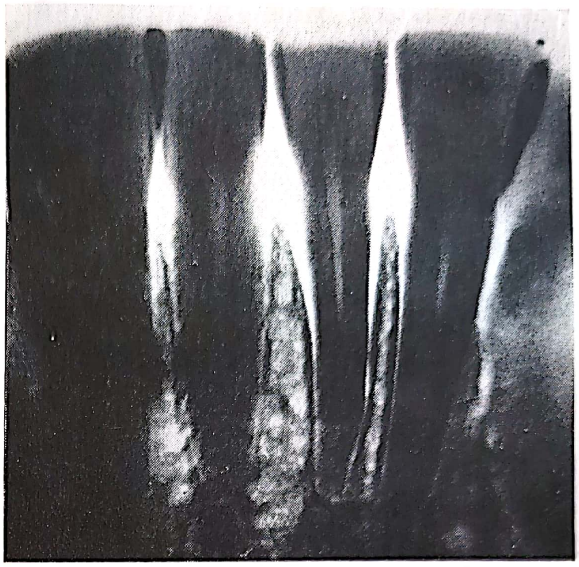
15 CONTROALE POST-TERAPEUTICE (în timp)
a. Clinice .....
b. Radiologice .....
c. Biologice .....

celor mai concludente date, legate de procesele disbiotrofice și manifestările respective clinice parodontopatice esențiale.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 51

A



A 1

A 2

Scanned with OKEN Scanner

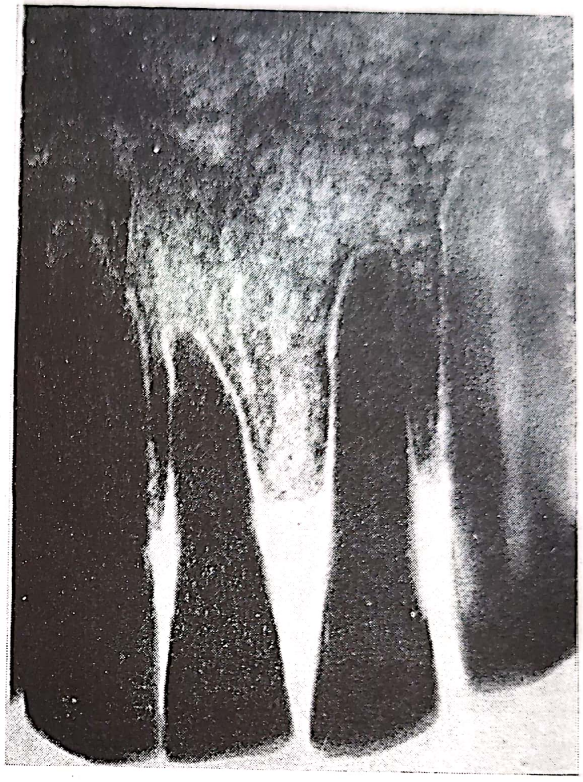
B

B 1

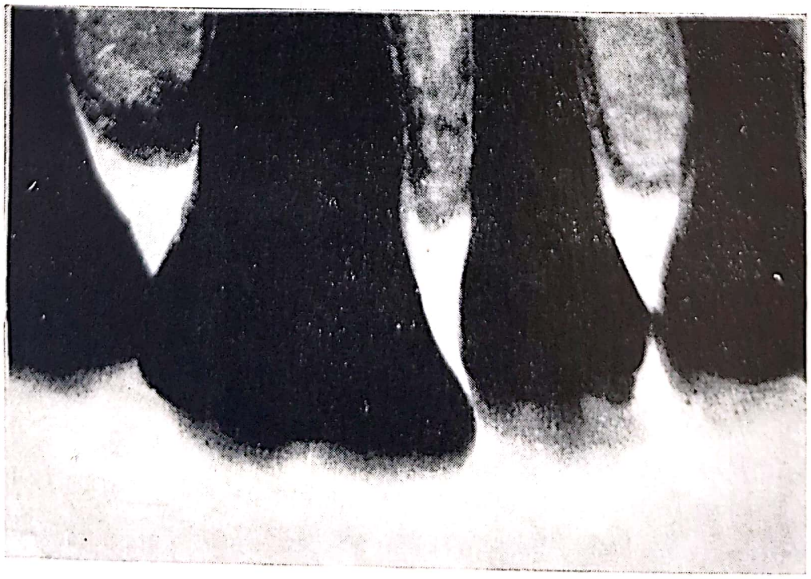
B 2

Scanned with OKEN Scanner

C



C 1



C 2

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 51 prezintă aspecte radiologice de confruntare între aspecte **normale, disbiotrofice esențiale și atrofice involutive**

Imaginile A, A_1 și A_2 prezintă **aspectul normal** al parodonțiului osteo-alveolar în zonele frontale superioară și inferioară, ca și în zona premolaro-molară. **Limbus**-urile septurilor interalveolare au înălțimea normală: **corticala** osului este **intactă** pînă în vîrful septului.

Imaginile B, B_1 și B_2 prezintă aspectul osului alveolar în **procesul disbiotrofic evolutiv-esențial,** în zonele similare. Estomparea osteolitică a septurilor este un element patognomonic. Se constată lipsa oricărei reacții care să delimiteze tendința distructivă a procesului — **apatie vitală organică.**

Imaginile C, C_1 și C_2 prezintă aspectul **atrofiei involutive,** în zonele similare; stigmat osteo-alveolar al fenomenului de senescență timpurie.

Limbus-urile septurilor interalveolare sînt **reduse în înălțime, dar nu au conformația distrusă.** Osul alveolar își are redusă înălțimea și ponderea, dar contururile sînt respectate (corticala delimitatorie).

În concluzie, odată pacientul examinat parodontologic, confruntînd datele reținute din anamneză, sub aspect buco-odonto-parodontal, cu datele clinice generale și locale și mai ales cu aspectele din imaginile radiografice, putem aprecia și cadrul nosologic al afecțiunii sale.

Astfel, din acest punct de vedere, așa cum am arătat la începutul acestei lucrări, sînt 3 mari categorii de eventualități sub diverse manifestări în care avem posibilitatea să încadrăm pacientul. Aceste eventualități în ordinea incidenței morbidității respective, pot fi:

— ori este vorba de o **parodontopatie simptomatică,** atribuită unei cauze bine definite;

— ori este vorba de o **parodontopatie esențială evolutivă;**

— ori este vorba de un **aspect parodontal,** care nu are nimic comun cu stările patologice din primele două categorii, dar așa cum demonstrăm prin cîteva exemplificări cu fișe iconografice, în partea a II-a, cap. 7, așa cum se prezintă, la prima vedere, ele pot crea grave confuzii de interpretare, ceea ce poate duce la unele implicații de ordin terapeutic, foarte regretabile.

Vom expune în următoarele două capitole, 9 și 10, metodica practică de asistență a cazurilor depistate și încadrate **în categoriile parodontopatiei simptomatice și parodontopatiei esențiale.**

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 2

Metodica practică în parodontopatiile simptomatice

Acest capitol, dacă ținem seama de considerațiile expuse în « Parodontopatia esențială », ca și în capitolele expuse anterior, în lucrarea de față, prin amploarea teoriilor de interpretare și a metodelor de tratament pe care le impun aspectele **manifestărilor parodontopatice simptomatice,** atribuite deci unor multiple și foarte variate cauze cunoscute, reprezintă însăși **obiectul preocupărilor parodontologice ale tuturor partizanilor concepției localiciste.**

Dată fiind valoarea incontestabil de prestigioasă a acestor partizani, existenți în toate marile Centre din lume, în care sînt discutate problemele parodontologice, cauzele de apariție, evoluție și manifestare, cît mai ales modalitățile de asistență, prin cercetări clinice, experimentale, referate, conferințe, colocvii, simpozioane, congrese, mese rotunde etc., aproape totdeauna, toate discuțiile **se refereau la capitolul manifestărilor simptomatice.** Căci manifestările parodontopatice simptomatice, prin morbiditatea procentuală foarte crescută, prin modul simptomatic sub care apar, atribuite totdeauna unor cauze evident cunoscute, prin evoluția și modul lor de manifestare clinică, radiologică etc., sînt cele care aduc succese terapeutice concludente, concrete și eficiente.

Manifestările care constituie **cadrul parodontopatiei esențiale,** în consensul concepției noastre, expusă cu detalii în « Parodontopatia esențială », se fundamentează, prin ipoteze plauzibile, **pe rolul predispozant, favorizant și determinant al factorilor organici generali, rolul predispozant al terenului organic la diverse stări patologice. Din cauză nesocotirii principiului discernămîntului de interpretare și sistematizare anatomo-clinică pe baza elementelor etio-patogenice, radiologice, biologice, anatomopatologice,** ca și al **eclectismului terapeutic,** concludent și eficient rezolvat

Scanned with OKEN Scanner

prin metoda noastră operatorie, toate încercările parodontologilor, toate teoriile lor de interpretare, **prin discuții de multe ori pline de ipoteze, ca și toate eforturile lor pentru a găsi modalități de rezolvare terapeutică eficientă sînt soldate cu eșecuri și dezamăgiri.** Aceste eșecuri se datoresc tocmai faptului că, în mare, la prima vedere, ambele aspecte — « simptomatice » și « esențiale » — s-ar confunda oarecum între ele, dacă sînt privite numai sub aspect clinic și superficial. Sub aspectul realității patologice, însă, prin analiza fiecărui element, așa cum am menționat și subliniat în alt capitol, **există totuși o deosebire categorică** între tabloul **parodontopatiei simptomatice** și a celei **esențiale,** fie el clinic, radiologic sau biologic.

De aceea, datorită profundului respect pe care îl port în conștiința mea, iluștrilor mei predecesori, care și ei la vremea lor au lucrat, dar în condiții precare, lipsite de posibilități de investigare clinică, radiologică, biochimică etc., ținem să subliniem că predecesorii noștri, au avut dreptate atunci cînd au emis **teorii localiciste** și ca urmare a acestora, au creat sub forma de tatonare, metode de tratament care pentru acele timpuri, păreau logice. Deoarece, însă, în unele împrejurări, asemenea metode erau aplicate mai mult la întîmplare decît fundamentat, **deci nu corelat cu realitățile patologice corespunzătoare,** desigur că nu realizau totdeauna ceea ce se aștepta de la ele. Astfel de succese, sau insuccese, se pot explica astăzi, prin faptul că ei examinau și diagnosticau o manifestare parodontopatică, numai prin mijloace elementare, atît prin **anamneză,** cît și prin observații clinice asupra evoluției leziunilor, confirmate și infirmate prin **probe terapeutice.** Actul așa-zisei «parcdontoparametrii », pentru ei, dar nu și pentru contemporanii noștri, era o probă deosebit de importantă. Această probă de investigație se făcea pentru aprecierea gravității și stadiului distrucției osului alveolar ca și a profunzimii și eventual conținutului pungilor pioreice. Numai prin astfel de mijloace, în aspectele parodontopatice care pentru noi astăzi reprezintă categoria « esențială », considerăm că ei se puteau orienta în găsirea unor modalități de rezolvare, poate nu de vindecare, ca în aspectele simptomatice, căci acest lucru era exclus prin ceea ce făceau. Predecesorilor noștri li se poate ierta cu toată îngăduința atunci cînd fără să cunoască concludent substratul patologiei reale a parodontului, prin modalitățile de tratament pe care le preconizau, dacă nu realizau vreun succes oricît de neînsemnat, acest tatonări nu erau nocive, nu declanșau consecințe dezastruoase, în afară de cazurile de operații mutilante, asupra mucoasei gingivale bolnave. Prin aceste acte operatorii, pe care ei le practicau, vizau excizia țesutului lezat și îndepărtarea prin chiuretare a tot ce era supurație sub marginile acestei mucoase inflamate și hipertrofiate prin hiperplazia procesului cronic pe care ea îl masca în spații subiacente, devenite pungi pioreice. Așa a fost creată, în afară de chiuretajul subgingival, printre multe acte chirurgicale, gingivectomia, căreia în special Gotlieb i-a sistematizat indicațiile de aplicare practică, așa a fost sistematizată practic operația cu lambou zisă radicală Neuman-Widman și așa au fost create atîtea și atîtea acte operatorii care nefiind corelate cu realitățile patologice, deseori erau urmate de eșecuri.

Scanned with OKEN Scanner

Noi cunoscînd tehnica aplicării lor și chiar aplicîndu-le cu indicații **eclectice stabilite,** în unele cazuri, nu le **contestăm valoarea terapeutică,** dar aplicarea lor trebuie să se facă numai în caz de indicații precise. Și ele, la vremea lor, prin excizia și îndepărtarea structurilor patologice, cînd nu exista radiografia odontală, cu ajutorul căreia să se pună în evidență realitatea patologică a stării osului alveolar, spre a se discerne aspectele « esențiale » de acele « simptomatice », **realizau în unele cazuri** rezultate terapeutice evidente, adică acolo unde **nu era vorba** de procese și manifestări de natură disbiotrofică evolutivă gingivo-osteo-alveolară, ci de leziuni limitate numai la structura mucoasei gingivale. În cazurile în care însă, substratul patologic aparținea unui aspect « esențial », toți au constatat că urmările acestor acte operatorii, pentru că se limitau numai la excizia și îndepărtarea leziunilor inflamatorii și supurațiilor pioreice, erau iluzorii, deoarece la scurtă vreme după operație, fenomenele patologice reapăreau în forma și gravitatea preoperatorie. Această reapariție a manifestărilor parodontopatice se datora faptului că operațiile nu **rezolvau leziunea fundamentală,** subiacentă mucoasei gingivale bolnave, adică procesul osos alveolar în plină evoluție de degradare osteolitică, de natură disbiotrofică evolutivă, proces care, în evoluția sa, trece din stadiu în stadiu, pînă la mobilitatea, migrarea și, în cele din urmă, expulzarea elementelor odontale, rînd pe rînd, pînă la drama edentației prin fenomene parodontopatice esențiale.

Bazîndu-ne pe considerațiile de mai sus, în activitatea cotidiană nu am ignorat sau minimalizat ceea ce au afirmat sau realizat înaintașii noștri, **clasicii concepției localiciste,** ca și marele lor merit de a fi discutat mereu problema și a fi ținut, în toate manifestările prestigioase, mereu aprinsă torța de lumină și stimulare a noi preocupări de observare, de studii și cercetare în această problemă, pentru a se realiza eventuale noi căi de orientare interpretativă și sistematizare și a se ajunge la crearea a noi metode de rezolvare terapeutică, pe baze de noi principii de tratament.

În consensul acestei probleme de considerare și reconsiderare se situează și problema noastră cu realizările ei. Concepția noastră aparent s-ar părea că **se situează la antipodul concepției localiciste.** În realitate ea se află **științific și practic situată alături și în continuarea concepției localiciste, completînd golul în fața cărora se opresc ca ineficiente, toate teoriile și eforturile parodontologilor adepți ai concepției localiciste buco-odontale.**

În cele ce urmează, nu numai din respect față de ce au scris și au expus în diverse ocazii, cu manifestări parodontologice, înaintașii noștri, ca și cei contemporani, dar și pentru respectarea unui **principiu fundamental în munca de cercetare, de creare și redactare a acestei lucrări de Metodologie științifică și practică, de a nu compila,** lăsăm neștirbită curiozitatea cititorului care citind cele expuse de noi, să caute să răsfoiască și să studieze, spre a se documenta tratatele de parodontologie, precum și toate lucrările ce s-au scris pînă în prezent, mai ales de unii

Scanned with OKEN Scanner

parodontologi consacrați prin înalta lor competență în materie. În acest mod se vor edifica ei înșiși asupra majorității modalităților de tratament, fie sub **aspect odontal** cum sînt: șlefuiri reechilibrante de ocluzii, protezări de înălțare și reechilibrare de ocluzii, protezări restauratorii etc., fie sub **aspect parodontal:** aplicarea a numeroase modalități de tratament de la detartraj manual sau ultrasonic pînă la acte foarte diverse fizioterapice — masaje sub orice formă, infraroșii, ultrasunete, diatermie, cauterizări etc. sau acte **chimioterapice,** prin administrarea unei vaste game de medicamente pe care imaginația industrială de produse farmaceutice cu rol bactericid și dezinfectant, sclerozant etc. le-a creat, care să fie aplicate prin pulverizații, prin badijonaje, prin infiltrații în țesuturile bolnave etc.; sau în cazul celor cu manualitate operatorie despre practicarea **unor metode de ordin chirurgical,** cum sînt: chiuretajele subgingivale ale pungilor pioreice, exciziile de țesuturi gingivale inflamate și hipertrofiate, prin gingivectomie, operația cu lambou, frenotomiile, vestibuloplastiile etc. Toate aceste modalități, aplicate separat sau îmbinate între ele, cu scop terapeutic sînt meticulos, detaliat și iconografic prezentate și expuse în toate tratatele de specialitate.

Singurul lor mic, dar esențial, defect constă în faptul că sînt aplicate fără a fi precedate de un judicios discernămînt de interpretare și sistematizare, pentru a se ști dinainte, pe principiul eclectismului, cînd și unde trebuie sau nu trebuie aplicate. Acestor ignorări sau nesocotințe se datoresc atîtea eșecuri de tratament, ceea ce a determinat pe autori să facă afirmații procentuale în diverse ocazii că « cutare » metodă a dat rezultate eficiente în atîtea la sută din cazuri și « cutare » numai în atîtea la sută. Această prezentare în procentaj, bineînțeles, era în raport cu incidența morbidității parodontopatice întîlnită în activitatea autorului, care fără discernămînt și eclectism terapeutic, aplică empiric și la întîmplare, una sau mai multe din metodele de tratament descrise în partea I-a a acestei lucrări.

Înainte de a trece mai departe la preocuparea de a expune metodica preocupărilor noastre în practica parodontologică, găsim interesant și foarte lămuritor, fără a cădea în păcatul compilației, să redăm aici modalitățile de tratament în parodontopatii, după cum au fost redate (1943) de dr. H. J. Schmidt (Stuttgart-Degerloch) în revista Zahnärztliche Rundschau, Nummer 46/47, Berlin, 21 noiembrie 1943, sub titlul: « Privire generală a tratamentului paradentozei în practica zilnică » (Zusammenschau der Paradentosebehandlung in der täglichen Praxis — Ein Versuch).

Mijloace de curățire a dinților

Paste (curățitoare): Kolynos, Biox, Kaliklora, Chlorodont, Solont, Pebeco, Bombastus, Vademecum, Nivea.

Stimulente: Doramad, Paragol, Jod-Kaliklora.

Solvente ale tartrului dentar: Solvolith, Emsolith, Solidox.

Paste ce împiedică formarea tartrului: Pasta Norsico.

Prafuri: Lacalut, Carnodont, Meeresschlick.

Scanned with OKEN Scanner

Ape de gură:

Dezinfectante: Inspirol, Odol.
Stimulente: Paradentosan, Spagyro-Mundwasser, Vokalin.

Băi de gură și ceaiuri:

Rp. (după Jaeger): Fol. Melissae, Fol. Menth. pip. āā 25,0
Fruct. Anisii, Fruct. Coriandri āā 10,0
D.S. extern pentru băi de gură, intern ca ceai.
Rp. după Steiner: Hohlzahn, Urzică, Berberitza, Măcieș, Zinnkraut, Ringelblume
D.S. extern de 3 ori pe zi o linguriță la un pahar cu apă, ca infuzie.

Paste pentru masaje:

Ad-Muc-Paste, Inspirol, Dentiform, Kavosan, Cebion, Fibrochinin, Alveoloactiv, Rosa Canina-Teep, Cevidan-Gel, Carbo coffea, Carbo-Perdyna.

Mijloace cauterizante:

Para-Muc, LPC-Paste, Goka-Milchsäure, Sulfuraeth.
Stimulente regeneratoare de țesuturi: Dunlop-Paste, Trikrezol-Formalin, Chlorzink, Levitbarpin.
Tratamentul prin substanțe gazogene:
După Dunlop, Cytozon, Chlorgaz-azot.

Prin injecții:

Stimulente: Vaduril, Cebion, Redoxon.
Injecții cu vaccin: Seroterapie după Ganslmayer No. 600, Antivirus după Besredka, Dermatropin, Dentschman-Serum, Novatropin, Autovaccinație.
Autohemoterapie: autohemoterapie simplă, autohemoterapie + raze ultraviolete, autohemoterapie + raze cu lampa Baktophos.

Tratamentul prin raze:

Höhensonne, Ulvir-Sonne, raze ultraviolete, diatermie, curenți de înaltă frecvență, lampa Perihel, masaj electric după Horvath.

METODE CHIRURGICALE:

Chiuretaje (Younger), gingivectomie (Gottlieb), alveoloplastie (Hylin), operație radicală (Neumann), **operația după Osipov-Sinești,** cauterizare (Römer), diatermie chirurgicală.

Medicamente adjuvante:

Vitamine: Cebion, Redoxon, Cantan, A.T. 10, Skottin, Sanastol, Vogan, Detativ, Levurinose, Benerva, Betabion, Betaxin, Vigantol.
Preparate de calciu: Calcipot, Trikalkol, Cal-Med, Calciophyl, Kalkfluorid, Radiostol.
Preparate combinate: Vaduril, Paradenyl, Eusovit, Condossan, Mutosan.

Alimente suplimentare:

Alimente vegetale, legume, fructe, zeamă de fructe.

Cure alimentare:

Mîncare vegetariană, consistentă, variată, cure de post, dietă.

Scanned with OKEN Scanner

Dietetică după:

Hulin, Heinrich, Fuchs, Karsten (Z.R.-1938, Nr. 26), Hasseld (Dent. Cos. 1933, Nr. 5), Euler, Wehrmacht (Parad. 1938, Nr. 1), Steiner, Lempke (Z.R. 1940, Nr. 3), Davidoff (D.Z.W. 1939, Nr. 30), Adler (D.Z.W. 1938, Nr. 38), Bircher (Parad. 1941, Nr. 5), Sebba (Z. Stomat. 1937, H. 23).

Tratamentul tehnic:

Ligaturi: ligatură cu sîrmă și fir de mătase. Pansament de buzunar, după Elkan. Șină cu scară de sîrmă după Mamlok-Grünbergers.

Pansament cu șină: după Falk.

Șină de sîrmă: Selbach.

Șină fixă: după Case-Sax-Burkhardt, Resch; Carmichael-Rank; Trueman-Witkowski; Rhein, Stein; Wustrov, Weigele.

Șine mobile: după Elbrecht, Schalow.

Șine inelare.

Șine prinzătoare, șina Pellkofer.

Alte mijloace adjuvante:

Tratamentul intestinal: Mutaflor (Hippokrates-1939, H. 43); usturoi (Z.R. 1940, nr. 45); clisme; post.

Băi integrale: Palestra — baie de molift, băi de flori de fîn; băi parțiale și integrale; băi schimbătoare (cald-rece), băi de aburi, dușuri.

Sport: fugă, sport după Suren, excursii, mișcări libere, mișcări pentru respirație, înot.

Ape minerale: Izvorul Daimler, Cannstatt, Biskirchner Karlssprudel, Dürkheimer Max-quelle, apă de mare.

Masaje: automasaje după Suren; masaj sport după Suren; ciupituri parțiale și ale întregului corp.

Influențe psihice: veselie, rîs, bună dispoziție la lucru; somn, lecturi bune; muzică; camarazi.

Vom expune, în continuare, raportîndu-ne la fișele iconografice cazuistice din partea a II-a a lucrării noastre, modul cel mai simplu și schematic, așa cum practicăm noi, aplicînd majoritatea metodelor localiciste de rezolvare a aspectelor **parodontopatice simptomatice,** mai importante și mai frecvent întîlnite în activitatea noastră.

Vom începe cu aspectele parodontopatice simptomatice sau secundare cele mai simple, atribuite unor cauze cunoscute, adică unor inflamații parodontale, trecînd apoi din aspect în aspect, din ce în ce mai complicate, pînă la manifestările cele mai grave care, în vederea rezolvării lor terapeutice, impun preocupări din cele mai laborioase și uneori suficient de complexe.

La baza **metodicii practice în parodontopatia simptomatică,** ca în toată patologia umană stau, așa cum am expus în prima parte a acestei lucrări, cele două condiții cardinale:

1 — **principiul discernămîntului de interpretare** și **sistematizare** în categorii parodontopatice și

2 — **principiul asistenței prin metode eclectice,** aplicate în strînsă corelație cu realitatea leziunii și aspectelor de manifestări patologice.

Scanned with OKEN Scanner

1. Pe considerentul **discernămîntului,** încadrăm în categoria **parodontopatiilor simptomatice** toate leziunile parodontale și manifestările respective, legate de factori cauzali cunoscuți sau definiți cum sînt:

a) de natură toxică sau toxi-inflamatorie;

b) de natură inflamatorie, fie prin nesocotirea elementarelor reguli de igienă bucală **(schmutz pyorrhoe),** fie datorită unei septicități a mediului bucal, datorită diverselor circumstanțe, uneori **organice generale** — ca în stările diabetice, uremice, maladii febrile, discrazii, sarcină etc. — alteori **locale** — ca în distrucțiile multiple odontale neasanate, depozite de tartru, proteze conjuncte sau adjuncte defectuos executate sau aplicate și necurățate de resturi alimentare etc., așa cum căutăm în limita posibilităților editoriale să exemplificăm pe fișele iconografice din partea a II-a a acestei lucrări;

c) de natură microtraumatică, fie nevrotică cu scrîșnituri tip bruxism nocturn, ticuri, obiceiuri urîte, scobit nervos interodontal etc., fie **prin proteze conjuncte** (coroane, punți, dispozitive coronoradiculare etc.) defectuos concepute, executate sau aplicate, fie **prin proteze adjuncte,** care în special prin croșetele lor defectuos confecționate și plasate, traumatizează și lezează parodontul atît direct, cît și indirect prin intermediul elementelor odontale, fenomene demonstrate concludent pe fișele iconografice nr. 22 și 23;

d) alteori, așa cum vom arăta pe legendele unor fișe, intervin concomitent o complexitate de factori de natură diferită (citați deja în alt capitol) ceea ce face ca prin îmbinarea acțiunii lor, **care poate coincide și cu unele stări organice generale,** să determine, deseori, manifestări din cele mai grave și complexe, care din punct de vedere al asistenței, impun eforturi laborioase pentru a fi remediate.

2. **Principiul eclectismului,** în problemele de rezolvare terapeutică, a manifestărilor « simptomatice », are în primul rînd drept element principal și aplicabil tuturor manifestărilor simptomatice aforismul: **sublata causa tollitur effectus,** adică primul obiectiv al asistenței constă în îndepărtarea sau în rectificarea factorului care a favorizat și determinat starea parodontopatică diagnosticată. Apoi, așa cum am încercat să arătăm cu fiecare exemplificare pe fișe iconografice, căutăm, nu la întîmplare, ci după principiul discernămîntului, să încadrăm fiecare caz **într-un plan de tratament adecvat,** căruia îi aplicăm una din metodele deja cunoscute, create și practicate în mod curent în activitatea cotidiană parodontologică, **care să fie în strînsă corelație** cu leziunea și manifestarea corespunzătoare parodontopatică, provocată de factorul cauzal depistat prin anamneză sau prin examen clinic și radiografic odontoparodontal.

Cunoscînd vastul material al literaturii de specialitate, care se referă la problemele parodontopatice, în special la cele de tratament, firul gîndirii eclectice de a găsi ca aplicabilitate și eficiență cea mai adecvată modalitate de tratament, ne conduce la rezolvarea terapeutică a fiecărui caz, aplicînd practic metoda a cărei

Scanned with OKEN Scanner

eficiență nu comportă nici un fel de discuție îndoielnică. Autorii partizani ai **concepției localiciste,** dat fiind că trăim într-o contemporaneitate cînd omul, prin natura ritmului său de viață, este grăbit și dorește fără pierdere de timp să-și rezolve necazurile sale, sînt preocupați, mai ales, să găsească și să concretizeze, practic, nu numai cele mai eficiente modalități de rezolvare terapeutică, dar și cele mai la îndemînă pacientului. Aici, în acest sens de rezolvare practică sînt dirijate preocupările parodontologice cu precădere, cele de ordin științific fiind situate de foarte multe ori pe plan secundar.

Noi, în activitatea noastră, schematic și practic procedăm cu fiecare caz prin măsuri **generale** și, de la caz la caz, prin **măsuri speciale.** Adică practicăm o modalitate de **asistență generală, comună în toate cazurile** și apoi ne orientăm asistența în mod particular în fiecare caz, în raport cu natura și caracterul fiecărei leziuni și manifestări. Vom face expunerea noastră, cu riscul de a ne repeta, corelată cu exemplificările din capitolul 5, partea a II-a (fișele iconografice demonstrative).

Metodica practică prin modalități generale

a) Înainte de toate, pe cît posibil pe baza principiului enunțat, preconizăm **îndepărtarea factorului cauzal,** pentru a se înlătura efectele lor nocive. Apoi pentru împrejurări cînd pacientul prin specificul profesiei sale, în ateliere și laboratoare cu emanații de produse toxice, în mine cu manipulări de minereuri cu conținut, în special de plumb, bismut, mercur etc., muncește deci în mediu toxic și nociv, pe baza legislației actuale a protecției muncii, se dau indicații pentru ameliorarea condițiilor de muncă și protejarea celui în cauză cu mijloace de protecție față de astfel de factori nocivi vieții și activității sale.

b) Îndepărtarea, în una sau două ședințe, a concrețiunilor tartrice fie manual, cu instrumentarul confecționat sub diferite forme în vederea acestui scop, fie cu ajutorul echipamentului ultrasonic. Oricît de atentă și îndemînatică ar fi această manevră de îndepărtare a tartrului, care este aderent de suprafața smalțului și cimentului radicular, marginea mucoasei gingivale ca și papilele respective interodontale, vor fi ușor lezate și ulcerate. De aceea în afară de periajul polizant al suprafețelor rugoase rămase după îndepărtarea tartrului (atunci cînd el este efectuat cu instrumente manuale), actul detartrajului este completat cu badijonarea zonei gingivale respective cu o soluție care să aibă proprietăți astringente, dezinfectante și sclerozante. După o îndelungată experiență, alături de a altor confrați la care ne raliem, considerăm că formula medicamentoasă cea mai indicată pentru badijonarea mucoasei gingivale, în orice împrejurări, fie inflamatorii, fie toxiinflamatorii, fie ulcerative indiferent de cauză, o considerăm următoarea:

Rp.	**Clorură de zinc**	20 g
	Oleum menthae	3 g
	Oleum anisi	1 g

Scanned with OKEN Scanner

Apă distilată 100 g
Ds. pentru badijonaje gingivale după indicații.

c) Aplicarea unui instructaj, demonstrat practic pe machete, asupra regulilor de igienă bucală cotidiană, prin care se dau pacientului îndrumări precise asupra practicii periajului corect odontoparodontal, completat cu considerații asupra materialelor necesare, cu rostul fiecăruia — periuțe, paste, ape de gură, soluții medicinale cu rol terapeutic etc.

d) Avertismente asupra semnificației și luării în considerație a oricărei leziuni care ar putea apare la orice nivel al mucoasei bucale, gingivale, linguale sau labiale, leziuni care s-ar părea că persistă la tratamentele obișnuite sau eventual s-ar agrava, pentru care fără întîrziere să se prezinte la consultație. Acest punct este un valoros obiectiv în eforturile luptei contra cancerului, de depistare în stadiile precancer a leziunilor aparent neînsemnate.

e) În măsurile generale, ca o completare a asistenței particulare, **nu sînt de nesocotit,** atunci cînd condițiile de organizare și dotare o permit, în vederea stimulării și redresării vitale a mucoasei gingivale lezate:

— folosirea a cîteva ședințe de raze infraroșii sau ultrascurte, în cazurile de inflamații mai ales acute; acestea vor diminua suferințele și vor grăbi retrocedarea fenomenelor inflamatorii;

— **spray**-urile cu diverse substanțe dezinfectante sau cu ape minerale radioactive, în stațiuni balneare cu astfel de stabilimente;

— masaje gingivale prin pulverizații sub presiune a unei soluții cu ozon, perhidrol etc., sau prin folosirea unor dispozitive vibratorii asupra mucoasei gingivale și a papilelor sale interodontale.

Metodica practică specială și particulară de la caz la caz

Vom începe cu prezentări iconografice ilustrative a unor exemple de aspecte simptomatice de la cele mai simple, pînă la cele mai complicate, specificînd prin numărul legendei fiecărei fișe, modalitatea de asistență aplicată în fiecare caz, conform principiului eclectic.

a) PARODONTOPATIA SIMPTOMATICĂ TOXIMEDICAMENTOASĂ
(fișa Nr. 13)

Așa cum se știe, multe substanțe din compoziția unor medicamente, pe lîngă alte căi de eliminare, se elimină și la nivelul marginii mucoasei gingivale periodontale. Aceasta se datorește tocmai structurii terminale vasculare reduse la tunica endarterială. Această eliminare își va lăsa cartea de vizită nu numai a caracterului compozi-

Scanned with OKEN Scanner

țional, determinînd pe marginea mucoasei gingivale periodontale un lizereu specific elementului respectiv (saturnic, bismutic etc.), dar va altera și troficitatea structurii marginale a mucoasei, tocmai din cauza trecerii prin structura sa a substanțelor toxice, diminuîndu-i astfel vitalitatea și rezistența la astfel de substanțe toxice. De aceea, sub acțiunea toxică a elementului care se elimină prin mucoasa gingivală, la început impregnîndu-se cu elementul nociv, acesta se congestionează, se edemațiază apoi se ulcerează și va sîngera la cea mai ușoară atingere.

Așa s-a întîmplat și în eventualitatea cazuistică a exemplului materializat pe fișa menționată. I s-au prescris și administrat timp de 2 săptămîni zilnic, doze masive de cloramfenicol, provocîndu-i-se ceea ce ne arată **figura A din fișă.**

Așa cum am menționat în fișă, din punct de vedere al asistenței, i s-a întrerupt administrarea medicamentului respectiv, i s-au îndepărtat depozitele minime de tartru din zona frontală, i s-au făcut badijonaje gingivale de 2 ori pe zi **loco dolenti,** din soluția cu clorură de zinc, iar ca tratament la domiciliu, i s-au prescris băi bucale cît mai calde cu ceai de **camomilla,** repetate de 3—4 ori pe zi. După cîteva zile starea locală a revenit la normal (așa cum de altfel se poate deduce din **imaginea B,** după tratament).

b) PARODONTOPATIA SIMPTOMATICĂ INFLAMATORIE GINGIVITICĂ AGRAVATĂ ȘI CU OSTEITĂ MARGINALĂ

(fișa iconografică nr. 15)

Bolnavul care vine pentru a fi examinat, așa cum demonstrează imaginile fișei respective, prezintă un tablou simptomatic mai grav și mai complex parodontopatic, din care cauză mărturisim că prin elementele patologice, ele se puteau preta la o **confuzie de diagnostic diferențial** între manifestările simptomatice și cele esențiale, care, fără un discernămînt meticulos puteau să ducă la complexe și inutile modalități de tratament, adică să se aplice un tratament pentru o manifestare parodontopatică esențială deși nu era cazul, deoarece prin **proba radiologică** s-a confirmat că era vorba de o manifestare simptomatică.

Iată elementele principale reținute din fișa iconografică întocmită prin examenul pacientului: **anamneza:** febră 37°,8—38°,5, suferințele, cu dureri parodontale, au început cu circa 2—3 săptămîni în urmă; prin natura condițiilor de viață și muncă, pacientul își neglijează foarte mult igiena bucală, iar de cînd îl dor și îi sîngerează gingiile el nu mai practică nici un fel de igienă, ceea ce a făcut să i se agraveze și mai mult suferințele; adenopatie palpabilă și dureroasă, submandibulară.

Clinic: odontal — cîteva distrucții odontale în stare de resturi radiculare; 3 coroane din viplă defectuos adaptate la colet; absență a migrării și mobilității odontale; minime depozite de tartru pe fața lingvală a zonei frontale inferioare; **parodontal**—mucoasa gingivală cu papilele interodontale a ambelor arcade inflamate

Scanned with OKEN Scanner

și tumefiate, cu zone ulcerate și sîngerînde la atingere; o ușoară secreție seropurulentă pe toată întinderea lizereului gingivitic.

Așadar o serie de elemente patologice care, la prima vedere, ne fac să ne gîndim, cu multă probabilitate, la o parodontopatie esențială. Dar dacă acordăm importanța cuvenită unor anumite cauze din anamneză care, depistate și analizate clinic, vedem că justifică încadrarea cazului în aspectul « simptomatic ». În astfel de împrejurări patologice intervine rolul hotărîtor și de importanță preponderentă a **probei radiografice** odontoparodontale, pentru a stabili diagnosticul și a defini încadrarea manifestării în categoria corespunzătoare, urmare căreia apoi să i se administreze și asistența eclectic stabilită.

Examenul radiografic: așa cum am încercat să demonstrăm în fișa iconografică, imaginile radiografice ne pun în evidență, indubitabil, existența unor **leziuni ale septurilor alveolare de tip osteitic marginal,** cu **fenomene de reacție condensatorie—delimitatorie** a procesului nociv inflamator, care se deosebesc de aspectul de **osteoliză** (în estompare), lipsit de reacție vitală care să delimiteze focarul (element patognomonic al leziunilor « esențiale »).

Deci pe baza caracterului aspectului radiografic al septurilor osului alveolar, coroborat cu elementele anamnestice și clinice, stabilim că este vorba la acest caz, de o **manifestare simptomatică** de natură inflamatorie complexă, rezolvabilă prin modalități obișnuite și cunoscute și nu poate fi vorba de un aspect parodontopatic esențial care să necesite, datorită unei interpretări superficiale, în afară de o completare laborioasă a fișei, dar și de o serie de examene complementare neuroendocrine, interne, biologice etc., precum și de o modalitate de tratament mult mai complexă și inutilă, așa cum vom arăta în capitolul următor.

Sub aspectul rezolvării practice a asistenței, am procedat în acest caz în felul următor: extracțiile resturilor radiculare ale distrucțiilor odontale; demontarea coroanelor defectuos adaptate; detartraj, apoi badijonaje insistente și meticuloase cu soluția expusă mai sus (clorură de zinc și alte ingrediente). La domiciliu, pacientului i se prescriu băi bucale calde din ceai de **camomilla,** de 4—5 ori pe zi; începe să pună în practică igiena bucală după un instructaj bine explicat și demonstrat pe machetă. După 4 zile de tratament inflamația se ameliorează evident, pacientul își reia munca, iar după 12 zile, totul a intrat în ordine, după care i se dă pacientului, la ultima ședință, un instructaj detaliat asupra igienei bucale, care să fie completată seara și dimineața prin clătirea gurii cu o diluție din apa de gură medicinală « Paradenta ».

Deci așa cum reiese din cele de mai sus și « proba terapeutică » la acest caz a confirmat diagnosticul « simptomatic » față de cel « esențial ».

Trebuie să subliniem cît s-ar fi complicat lucrurile dacă s-ar fi trecut cu superficialitate asupra semnificației unor elemente, fie clinice, fie radiologice, confundîndu-se

Scanned with OKEN Scanner

aspectele parodontopatice simptomatice cu cele esențiale, diagnosticînd și deci tratînd una drept cealaltă.

c) PARODONTOPATIA SIMPTOMATICĂ, PRIN MANIFESTĂRI INFLAMATOR-IRITATIVE GINGIVALE DE NATURĂ TARTRICĂ
(fișele iconografice nr. 16 și 17)

Considerăm aspectele imaginilor din fișele menționate suficient de concludente. Fiecare fișă demonstrează rolul tartrului în provocarea unei parodontopatii, atît sub aspect **gingivitic,** cît și **osteitic** prin lezarea **limbus**-urilor interalveolare, unde **reacția de recondensare delimitatorie a osului** confirmă caracterul « simptomatic », în raport cu cel « esențial », de estompare osteoalveolară, unde în astfel de împrejurări, eventualitatea suprapunerii tartrului în focarul disbiotrofic gingivoalveolar, ar brusca fenomenele evolutive, iar îndepărtarea tartrului ar constitui **numai un act terapeutic paliativ** și de pregătire pentru actele operatorii, ceea ce în aspectele « simptomatice » atribuite acestor concrețiuni, simpla îndepărtare a tartrului și dezinfecția locală, urmate de igienă bucală supravegheată, rezolvă starea patologică în mod eficient.

d) PARODONTOPATIA SIMPTOMATICĂ DE NATURĂ PROTETICĂ
(fișele iconografice nr. 20, 21, 22 și 23)

Dacă clinic și radiologic se constată că este vorba de un traumatism al parodontului care provoacă mobilitatea elementului odontal și, **indirect,** lezează parodontul osteo-alveolar respectiv, leziune provocată de un defect de execuție și adaptare a unui element protetic conjunct (fișele 20 și 21), un microtraumatism al unui element protetic conjunct cu acțiune de suprasolicitare (fișa 22), un defect protetic adjunct defectuos conceput, executat și adaptat, care lezează **direct** structura parodontului, sau **indirect** aceeași structură, prin presiune odontală printr-un croșet greșit aplicat (fișa 23), aspectul se va încadra numai în **categoria parodontopatică simptomatică.**

Totuși, nu trebuie să nesocotim eventualitățile patologice în care asemenea microtraume de natură protetică intervin **suprapunîndu-se peste tabloul evolutiv al unei manifestări parodontopatice esențiale.** O astfel de eventualitate va brusca evoluția disbiotrofică, grăbind astfel dezastrul edentației parodontopatice. Socotim că asemenea eventualități au făcut ca mulți dintre confrații parodontologi să confunde sub aspect etiopatogenic, aspectele manifestărilor parodontopatice, afirmînd drept cauză etiopatogenică a parodontopatiei esențiale, **microtraumele** de natură protetică, cînd realitatea este alta și cînd asemenea microtraumatisme depistate în anamneza sau în examenul clinic al unei parodontopatii esențiale **trebuie considerate ca elemente de agravare** a evoluției disbiotrofice evolutive.

Am ținut să facem această subliniere, pentru a nu se da loc, așa cum de foarte multe ori am întîlnit, la confuzii de interpretare, care implicit au atras după ele implicații mai ales sub aspect terapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

Sub aspect terapeutic și în cazurile din fișele iconografice prezentate sînt aplicate modalitățile generale de asistență locală parodontopatică, expuse mai sus, ca și acte speciale — așa cum am arătat în legenda fiecărei fișe iconografice întocmite, spre care facem trimiterea în vederea documentării. Adică, în primul rînd îndepărtarea elementului protetic care a cauzat leziunea, detartraj (unde este cazul), precum și prescrierea unei igiene bucale atente. Igiena bucală va trebui completată, în asemenea împrejurări, cu **băi bucale** cît mai calde posibil, nu numai cu substanțe cu rol dezinfectant, dezodorizant sau sclerozant, repetate de cîteva ori pe zi, ci și cu ceaiuri, cît mai calde posibil, **revulsive și stimulante.** Asemenea ceaiuri, de exemplu de **Flores Chamomillae,** prin căldura și produsul lor **azulen** și **apigenina,** activează circulația la nivelul zonei odontoparodontale, ceea ce va favoriza și grăbi **fenomenele structurale biotrofice vitale** și **de apoziție minerală,** ducînd la recondensarea focarului parodontal osteorarefiat, urmat de restabilirea fixității statice și funcționale a elementului odontal. Asemenea fenomene de refixare odontală ne vor permite, după un interval de timp, așa cum am menționat în fișele respective, să reprotezăm zona arcadei maxilare sau mandibulare respective.

e) PARODONTOPATIA SIMPTOMATICĂ PRIN HIPERTROFIA HIPERPLAZICĂ A MUCOASEI GINGIVALE

(fișele iconografice nr. 19 și 43)

Iată aspecte, cu **indicațiile categorice ale gingivectomiei.** Sînt aspecte patologice ale mucoasei gingivale ce reprezintă eventualitățile parodontopatice, care se pot rezolva terapeutic **numai prin excizia procesului patologic hipertrofic-hiperplazic.** Facem mențiunea că în ambele aspecte — una, hiperplazie gingivală difuză, leucocică monocitară și cealaltă biofiziologică (sarcină), exciziile mucoasei hiperplaziate au dat **rezultate relative.** Relative, deoarece la un interval de timp nu prea îndepărtat, mucoasa gingivală a început să se rehipertrofieze, fapt care ne-a obligat să frînăm dezvoltarea ei, prin cauterizări insistente și repetate cu o soluție concentrată de clorură de zinc, formulată mai sus.

În concluzie, din cele expuse în coroborare cu exemplificările iconografice, conturăm rezumativ discuțiile științifice, experimentale și aplicațiile practice în problemele parodontologice duse de adepții **concepției localiciste.** În cadrul acestui material, așa precum am arătat, se găsesc manifestări parodontopatice pe care noi le etichetăm ca « simptomatice », ele fiind etiopatogenic atribuite unor cauze complexe și multiple, dar totdeauna bine cunoscute și ușor evidențiabile prin examene clinice și radiologice, confirmate în cele din urmă prin probe terapeutice eficiente. În astfel de împrejurări, factorii organici generali **pot avea cel mult nu rol agravant prin predispoziția structurală, labilă și susceptibilă, marginal terminală, a conformației parodontului.**

În cadrul acestei concepții localiciste, trebuie încadrate, ca să fie corect afirmat, tot ce s-a vorbit despre parodontopatii atît ca interpretare localicistă a aspectelor

Scanned with OKEN Scanner

de manifestare, cît și ca modalitate de rezolvare terapeutică corespunzătoare. Aici se găsesc situate toate ipotezele localiciste etiopatogenice afirmate și susținute de protagoniștii concepției respective — inflamatorii, toxiinflamatorii, iritații prin tartru, microtraume, ticuri nevrotice, defecte protetice etc.

De asemenea, raportînd și preocupările de asistență la aspectele clinice atribuite factorilor cauzali locali, enumerați mai sus, aici în cadrul acestei teorii localiciste, se găsesc situate și aplicate toate modalitățile de tratament imaginate și create de-a lungul vremii, de autori parodontologi, de la cele mai simple și elementare principii și metode de tratament pînă la operația impresionant de mutilantă — gingivectomia, căreia, considerăm necesar să subliniem, că trebuie să i se fixeze precis locul și indicația de aplicare în practica parodontologică.

Așa cum am arătat în legendele fișelor iconografice, în manifestările simptomatice, în scop terapeutic, am aplicat și noi gingivectomia, **dar conform unor principii strict eclectice.** De asemenea, am aplicat și alte modalități de tratament ale partizanilor concepției localiciste (în limita posibilităților tehnice pe care le-am avut la îndemînă) în domeniul asistenței în această direcție, **dar totdeauna cu respectarea principiului de aplicare eclectică** (cauterizări, detartraj, masaj gingival, pulverizații, infiltrații, chiuretaj subgingival ș.a.).

În problema parodontopatiei esențiale, care, prin elementele ei clinice, etiopatogenice, anatomopatologice, radiologice, biologice, neurohormonale etc., **depășește cadrul concepției localiciste** — concepție care, așa cum am arătat, reduce totul la cauze și fenomene locale, cele generale considerîndu-le că ar avea doar ici și colo un rol mai mult agravant, iar în ceea ce privește partea de rezolvare terapeutică, **totul se oprește,** afirmîndu-se că este vorba de o maladie incurabilă.

Concepția noastră, **prin teoria etiopatogenică a factorilor organici generali predispozanți, disfuncționali și dismetabolici, bruscați de acțiunile stress-**ante **ale condițiilor de viață și activitate** caută să completeze — și chiar completează concret și concludent — golul în fața căruia teoriile localiciste rămîn dezarmate.

Materialul concepției noastre a fost expus în lucrarea « Parodontopatia esențială » iar sub aspectul metodicii sale practice, va fi expus în capitolul care urmează.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 3

Metodica practică în parodontopatia esențială

Realizarea celui de al patrulea parametru al concepției noastre

În acest capitol vom prezenta partea practică, în sens metodologic, a concepției noastre, atît sub aspectul complex al modalității de tratament general, endocrin etc., cît și local prin expunerea practică a metodei noastre operatorii, partea teoretică fiind expusă sub toate detaliile ei în lucrarea « Parodontopatia esențială ».

S-ar fi putut întîmpla ca pacientul nostru pe care l-am prezentat ca model biologic cazuistic expus în primele pagini ale acestei lucrări, după examenul clinic, completat cu cel radiologic, să nu se încadreze și să se rezolve în conformitate cu indicațiile pentru parodontopatiile simptomatice, arătate în capitolul precedent. Ci, ca urmare a unui atent și meticulos discernămînt al elementelor depistate și consemnate din anamneza sa — să constatăm că este vorba de ceva mult mai complicat — o viață și activitate trăită în condiții plină de **stress**-uri la tot pasul, iar prin **examenul** clinic meticulos să depistăm un teren organic labil și susceptibil, prin acțiuni **stress**-ante, la diverse stări disfuncționale neuro-vegetative ca și dismetabolice, respectiv și disbiotrofice. De asemenea, din aspectul imaginilor radiografice a parodontului să deducem existența unor fenomene de osteoliză în estompare marginală, pe fondul disbiotrofic evolutiv al apatiei vitale, iar prin studierea examenelor complementare organice generale, cum ar fi cele de ordin neuro-hormonale, cardio-vasculare, gastro-intestinale, confruntate cu rezultatul probelor de laborator (hemogramă, V.S.H., calcemie, fosfatemie, glicemie etc.), să ajungem să ne facem con-

vingerea că pacientul nu este un caz cu manifestări simptomatice, ci un **caz exemplificativ,** tipic, care aparține **categoriei parodontopatiei esențiale.**

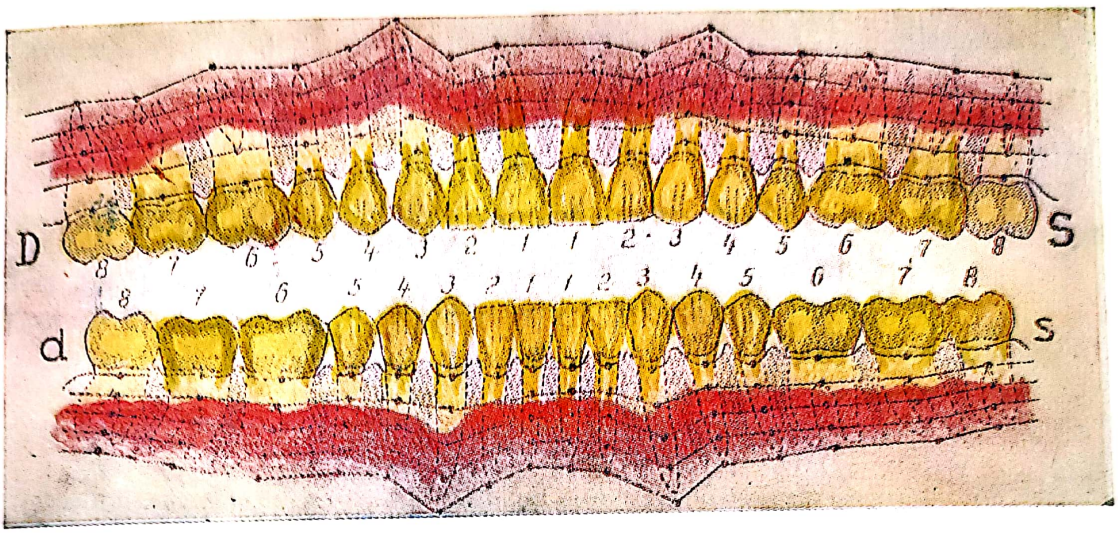
Deci avem în față, de astă dată, un caz cu o parodontopatie esențială. Să expunem metodica practică de rezolvare terapeutică a unui asemenea caz, ca și a celor similare lui, în activitatea noastră, și care modalitate o considerăm după experiența noastră îndelungată încununată de eficiență și plină de satisfacții, care poate fi practicată de toți cei care și-ar consacra preocupărilor studiilor de cercetare și de rezolvarea terapeutică a acestei probleme.

Metodologic, pacientul care fusese examinat sumar și orientativ, revenit la consultațiile noastre cu bilanțul radiografic odonto-parodontal, pe baza căruia i se confirmă diagnosticul bănuit după elementele sumare din anamneză și din cele depistate clinic, menționate mai sus, conchidem că suferă de parodontopatie esențială. Așa stînd faptele, se întocmește **fișa parodontopatică,** în care i se vor consemna toate datele clinice și radiologice legate de aspectul disbiotrofic evolutiv odonto-parodontal.

Pe baza studierii aspectelor din imaginile radiografice avînd memorizată « imaginea de proporționalitate », adică a împărțirii, pe bază de experiență oculară, în 4 segmente, înălțimea parodontului osteo-alveolar se va trasa, pe schema odonto-parodontală din fișa parodontopatică, **graficul parodontopatic,** parodontograma adică delimitarea marginală a nivelului de estompare în care am surprins și depistat pe aceste imagini, osul alveolar, în evoluția degradării sale osteolitice disbiotrofice evolutive.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 52



Fișa nr. 52. Exemplu de grafic parodontopatic « esențial », întocmit după studierea aspectelor disbiotrofice evolutive, de pe imaginile radiografice făcute în serie, pe grupe odonto-parodontale parodontopatice.

Odată întocmită această fișă, cu datele menționate mai sus, dat fiind faptul că concepția noastră consideră că la baza declanșării procesului disbiotrofic cu manifestările sale gingivo-osteo-alveolare cu implicații și odontale (de migrare, mobilitate și expulzare) și de întreținere a evoluției agravante a acestor manifestări, **se găsesc cu preponderență factori organici generali, atît predispozanți, cît și disfuncționali și dismetabolici, unde acțiunea stress-urilor mediului de viață și activitate au o mare importanță,** pacientul, în special în vederea unei asistențe metodice și eficiente, este dirijat la specialitățile în cauză, pentru **examene complementare** neuro-endocrine, cardio-vasculare, gastro-intestinale, probe de laborator etc. Desigur, cu ocazia acestor examene, constatîndu-se unele stări patologice, latente sau manifeste, pacientului i se va prescrie și o asistență corespunzătoare.

Prezentăm în continuare schemele de protocol, după care se orientează colaboratorii noștri, medicul internist și cardiolog, precum și neuro-endocrinologul, în examinarea complementară a parodontopaților cu aspecte « esențiale », în vederea depistării și apoi a asistenței unor fenomene patologice ale terenului organic respectiv.

Examenul clinic și paraclinic privind parodontopatia esențială în sensul concepției și metodei Osipov-Sinești

Examenul medical va cuprinde:
— tipul constituțional;
— antecedente personale — insistîndu-se în special asupra momentelor de **stress**;
— examenul clinic general.

În cadrul examenelor pentru probele vegetative, se va face:
Studiul reflexelor vegetative, care va cuprinde:

A. **Reflexele:**
   a) reflexul oculo-cardiac,
   b) reflexul sino-carotidian,
   c) reflexul solar.

B. **Probe farmacologice:**
   a) proba atropinei combinată cu ortostatism,
   b) probe biochimice,
   c) metabolismul bazal.

Examenul clinic general completat cu examene de laborator:
— Electrocardiograma.
— Ionograma completată în mod obligatoriu cu calcemia.
— Hemograma, V.S.H., glicemia.
— Probe de disproteinemie, uree, bilirubina.
— Examen sumar de urină.

Examenul clinic și explorările neuro-endocrinologice privind parodontopatia esențială în sensul concepției și metodei « Osipov-Sinești »

Scopul: depistarea și eventual tratamentul endocrin al unor stări patologice de interferență clinică și relații etiopatogenice între unele endocrinopatii și tulburări parodontopatice esențiale, care au la baza lor procese evolutive disbiotrofice.

Examenele și explorările cuprind:

— **Tulburări neuro-vegetative** din cursul unor disfuncții endocrine.

— **Stări dismetabolice** din cursul unor disendocrinii (tulburări ale metabolismului glucidelor, lipidelor, protidelor și în special al celui mineral: calciu, fosfor etc.).

Metode: Cercetări clinice și paraclinice privind:

Glanda endocrină	Investigație
Hipofiza	Radiografia șeii turcești
Tiroida	Metabolism bazal Iodocaptare Colesterol
Paratiroida	Calciu ionic Calciurie Fosforemie Magneziemie Electromiogramă
Suprarenala	Ionogramă Hidroxisteroizii — de bază — după stimulare cu ACTH

Scanned with OKEN Scanner

Gonade	Examenul citohormonal Hormonii gonadotropi Fenolsteroizii Pregnandiolul
Cercetări neuro-endocrine	Electroencefalograma

Aportului acestor examene complementare ca și asistența, premergătoare actelor operatorii locale, a diverselor manifestări patologice depistate, noi îi acordăm un rol important în cadrul aplicării metodei noastre operatorii.

Dorim să subliniem că tratamentul complementar general, NU va vindeca leziunile evolutive locale din parodont, dar, în primul rînd va aduce o oarecare redresare și reechilibrare a distoniei neuro-vegetative ca și a altor fenomene, cum sînt cele dismetabolice, endocrinopatice, psihopatice etc. care vor favoriza **local** fenomenele **mutației** și **apoziției minerale în zona osului parodontal incitat specific spre remineralizare,** și în al doilea rînd odată redresat terenul organic din starea sa de **apatie vitală,** va asigura consolidarea efectelor în timp a rezultatelor pe care le realizează metoda noastră operatorie, la adăpostul acestei asistențe generale.

Revenit după efectuarea examenelor și testelor specificate mai sus, pacientului i se completează fișa după rubricile respective, cu datele examenelor și probelor complementare, după care, în vederea rezolvării locale a problemei, procedăm la **asanarea cavității bucale** de tot ce ar întreține și agrava fenomenele disbiotrofice evolutive gingivo-osteo-alveolare și ar putea împiedica evoluția eficientă postoperatorie, prin următoarele acte:

— se îndepărtează tartrul dentar;
— se fac extracțiile elementelor odontale compromise;
— se demontează elementele protetice conjuncte cu polisarea de ciment a bonturilor rămase;
— se asanează cariile și focarele periapicale;
— se dezinfectează, după compresiunea cu exprimare a produsului pioreic din pungile pioreice, a mucoasei gingivale marginale;
— se prescriu măsuri de igienă bucală, riguros aplicate, completate cu cîteva băi bucale cît mai calde, atît dezinfectante, cît și revulsive și stimulante pentru vitalitatea structurii mucoasei gingivale, grav alterată în troficitatea sa.

Aceste măsuri constituie în ansamblul lor, acte pregătitoare operațiilor care se vor aplica asupra parodontului gingivo-osteo-alveolar. Ele se fac concomitent cu diversele tratamente prescrise de ceilalți confrați, pentru eventualele manifestări disfuncționale sau organice, depistate în conformația somato-funcțională. Aceste tratamente complementare, care așa cum am arătat mai sus, prin redresarea sau

Scanned with OKEN Scanner

reechilibrarea stărilor disfuncționale pe care le vizează, vin în primul rînd să asigure evoluția postoperatorie în condiții optime și cu eficiență maximă și, în al doilea rînd, să stimuleze și să consolideze efectele realizate prin administrarea biostimulatorilor omo-implante din « os minerale » în focarele disbiotrofice, cu scop de recondensare a osului alveolar în sensul unui **calus periodontal.**

Odată asemenea pregătiri locale și generale puse în practică, realizîndu-se astfel ameliorarea fenomenelor locale, ca și redresarea stărilor organice disfuncționale, într-o măsură evidentă, după o pregătire psihică a pacientului asupra necesității, valorii și importanței metodei operatorii, asigurîndu-l că ea se va executa fără dureri și nu îl va expune la nici un fel de risc local sau general, se trece la stabilirea datei și orei pentru operație.

Tehnica « metodei operatorii Osipov-Sinești »

Metoda noastră operatorie, cu toate detaliile, bazele științifice care îi justifică rațiunea aplicării, ca și indicațiile aplicării ei, raportate atît la stadiile evolutive, cît și la desfășurarea metodică a operației, au fost expuse în partea a II-a a lucrării « Parodontopatia esențială ». Din aceste motive, în acest capitol nu vom repeta cele ce au fost deja arătate, ci, considerînd necesar, vom reactualiza numai rezumativ **bazele științifice pe care se fundamentează rațiunea metodei noastre operatorii pa bază de biostimulatori cu omo-implante din « os minerale »,** ajutată complementar cu modalități de asistență generală, medicală, neuro-hormonală etc. De asemenea, vom arăta, de data aceasta, numai anumite **detalii aplicative** ale actelor de desfășurare practică a metodei, asupra cărora nu s-a insistat în lucrarea menționată, completînd explicațiile pe care le vom face, cu prezentarea **trusei parodontologice,** pe care o folosim în aplicarea actelor operatorii, ilustrînd pe imagini schematice, indicația și momentul folosirii fiecărui instrument ce compune trusa, în desfășurarea operației.

Metoda noastră operatorie, așa cum am arătat și în lucrarea « Parodontopatia esențială » se bazează științific, experimental și practic, pe 4 categorii de fenomene, fiecare cu importanța sa deosebită. Aceste 4 categorii de fenomene sînt: fenomenul lizei bio-stimulatorilor, — fenomenele mutației și apoziției minerale —, fenomenul calcifilaxiei Selye și fenomenul probei timpului.

a) **Fenomenele lizei** omoimplantului osos, a **asimilației masei minerale,** a **mutației minerale** precum și a **apoziției** acestei mase minerale ajunsă în umorile organice, pe baza **incitației specifice remineralizante,** provocate de implant, **direct în focarul osos** în care a fost introdus sau implantat; este experimentul care a fost pus în evidență în anii 1928—1929 de Leriche și Policard « în domeniul fiziologiei și patologiei osoase », care prin extrapolare, în 1939, a fost preluat de noi și adaptat, prin anumite modificări biologice și de tehnică operatorie, la specificul morfopatologiei și chirurgiei parodontului osteo-alveolar.

Scanned with OKEN Scanner

b) **Fenomenul apoziției masei minerale** asimilate din biostimulator în structura degradată, vital și structural, a parodontului osteo-alveolar; fenomenul este pus în evidență, concret, pe imaginile radiografice ale osului parodontal operat, realizate după un interval de cîteva luni (7—9) de la operație, imagini ale căror copii pot fi studiate în partea a III-a, cap. 11 **(obiectivele radiologice realizate prin metoda noastră).**

c) **Fenomenul calcifilaxiei,** pus în evidență de **experimentul Hans Selye;** micro-traumatisme urmate de calcifiere selectivă locală (predispoziție la calcificare locală prin agent microtraumatic sensibilizant local, favorizată și declanșată experimental prin injectarea unui derivat al vitaminei D — etichetat DHT, asociat cu hormonul paratiroidian). Or, prin actele metodei noastre operatorii asupra stucturii în stare patologică a parodontului, în primul rînd, sînt realizate condițiile micro-traumatice ale predispoziției locale sensibilizante ale apoziției minerale în focarul incitat prin chiuretajul și forarea de conducte în septurile interalveolare, și, în al doilea rînd, prin introducerea în masa osului alveolar, în degradare structurală, de biostimulatori din os uman deproteinizat. Desigur că extrapolăm experimentul Selye de la animale la om, cu rezultate confirmate atît din imaginile radiografice ca și de probele biochimice verificate la un oarecare interval după operație; a se studia, la sfîrșit, în cap. 11, subcapitolul « Obiective biologice — **calcemia** » — realizate numai prin metoda operatorie cu biostimulatori locali și suprapubieni sau presternali.

d) Ultima categorie, pe care o considerăm din punct de vedere al asistenței practice cea mai importantă, este **fenomenul eficienței** pe care ni-l demonstrează, în mod concludent, **proba timpului;** nimic, credem noi, nu poate dovedi mai concludent decît eficiența rezultatelor operației, analizate după diverse intervale de timp, cînd pacienți care au avut manifestări dramatice, revăzuți la controale periodice, după 2, 4, 6, 8, 10 ani, vin foarte satisfăcuți, deoarece manifestările gingivale nu au mai reapărut, iar elementele odontale amenințate să fie expulzate, după operație și-au recăpătat fixitatea asigurîndu-le astfel funcția masticatorie în condiții normale.

Materialul de exemplificare, documentar-iconografic, al obiectivelor realizate prin metoda noastră operatorie este concludent inserat în această lucrare, prin fișele capitolului următor, care arată rezultatele clinice, radiografic — recondensarea osului alveolar și biologic — redresarea calcemiei, depistată preoperator în stare deficitară.

Odată pacientul bine studiat ca aspect parodontopatic și ca stadii evolutive care se încadrează în indicațiile aplicării în optime condiții a metodei noastre operatorii, adică fie în stadiul I sau II, celelalte două stadii, III și IV, neavînd indicațiile acestei metode, din cauza reducerii mari a înălțimii pereților alveolari, care nu favorizează prin recondensarea osului, deci restabilirea fixității statice și funcționale a elementelor odontale (a se studia volumul Parodontopatia esențială), beneficiind de alte modalități de tratament, se trece la punerea în practică a metodei operatorii, bine-

Scanned with OKEN Scanner

înțeles după ce pacientul a fost pregătit pentru operație, conform normelor de pregătire menționate la începutul acestui capitol.

Operația creată de noi se face sub anestezie locală, pentru arcada odonto-parodontală-maxilară și sub anestezie loco-regională, la spina Spix, completată cu infiltrarea vestibulului submucos, pentru arcada mandibulară.

Înainte de a introduce pacientul în sala de operație, dat fiind faptul că operațiile se fac în primele ore ale dimineții, cînd pacientul trebuie să se prezinte **à jeune**, îi administrăm o rație de circa 30—35 g fie miere de albine, fie atunci cînd unii dintre ei nu suportă mierea, o rație, în aceeași cantitate, de sirop concentrat din fructe, sau de gem sau dulceață etc. cu un pahar de apă. Apoi, după o jumătate de oră li se administrează un sedativ (noi administrăm Sedal), în cantitate de o lingură, în vederea moderării sau atenuării tensiunii neuro-psihice, precum și a tonusului neuro-vegetativ al pacienților, datorită **stress**-ului dat de actul operator.

După încă o jumătate de oră, pacientul este introdus în sala de operație, cînd în primul rînd i se verifică tensiunea arterială și i se face **desensibilizarea** pentru anestezicul Xilină + adrenalină, prin **intradermoreacție**. După un sfert de oră, se trece la anestezia zonei sau regiunii care va fi supusă operației.

Anestezicul poate fi de orice proveniență. Noi folosim anestezicul « Xilină » cu adrenalină sau fără. În principiu, menționăm că anestezicul trebuie să asigure o perfectă anestezie de minimum o oră, altfel el poate crea grave neplăceri în desfășurarea corectă a actului operator, în special la forarea conductelor în care se vor introduce biostimulatorii din « os minerale ».

*

Prezentăm mai întîi instrumentarul necesar pentru efectuarea timpilor operației, redus la maximum. Apoi, prezentăm pe bază de fișe iconografice, cu detalii, ca și cum se folosește acest instrumentar în desfășurarea actelor întregii operații. Considerăm această prezentare, mai ales pentru începători, ca avînd o deosebită importanță sub aspectul folosirii lui, deoarece operația trebuie să se desfășoare într-un ritm de desăvîrșită perfecțiune și rapiditate; în același timp, operatorul nu are voie să piardă timp gîndind prea mult care instrument anume trebuie folosit pentru executarea cutărui sau cutărui act. Operatorul, mai ales începător, **studiind și reținînd la începutul aplicării metodei noastre operatorii, înainte de a trece la aplicarea ei, a modului cum și cu ce instrumentar se succed actele operației, va găsi un îndreptar prețios din punct de vedere practic în aceste rînduri care urmează și pe care căutăm să le redăm clar și bine exemplificat iconografic,** prin scheme care arată folosirea instrumentarului respectiv în timpul actului operator.

Operația se face în poziție șezîndă pe fotoliul dentar, în orice cabinet care să asigure condițiile unei asepsii perfecte. Bineînțeles, întregul instrumentar și materia-

Scanned with OKEN Scanner

lul moale (halate, cîmpuri, comprese etc.), ca și mîinile chirurgului, trebuie să îndeplinească condițiile asepsiei și antisepsiei chirurgicale, inerente oricărui act operator.

*

Pentru a veni în ajutorul cadrelor care își încep activitatea parodontologică și cu acte operatorii, în spiritul metodologiei practice parodontologice, le facem aici unele sugestii sub aspect organizatoric, care ar putea să le ușureze și condițiile de organizare ca și munca operatorie.

Desigur că o activitate operatorie este legată de o sală de operație, care să asigure condițiile unei asepsii perfecte. Este nevoie de un fotoliu dentar, de un echipament Unit (Dentior, Simens, Ritter etc.) care să asigure o sursă bună de lumină și mai ales o bună aspirație de salivă sau sînge în timpul desfășurării operației. De asemenea, este necesară o stație de sterilizare etuvă sau compus, pentru materialul moale și un pupinel pentru instrumentar.

Dar, aici vine sugestia noastră, care poate aduce o deosebită simplificare în activitatea operatorie. Așa cum se știe din practica curentă, orice sală de operație, în vederea spălatului pe mîini, impune și o sursă de apă sterilă.

În organizarea Centrului de Parodontologie Bucur, această problemă a constituit o deosebită dificultate, care totuși trebuia rezolvată într-o formă simplă și cît mai urgent posibil.

Constrînși de nevoia de a trece neîntîrziat la acte operatorii, am realizat o modalitate care practic a simplificat lucrurile și pentru care considerații o recomandăm și altor confrați, cărora împrejurările nu le-ar crea condiții mai favorabile.

Astfel, practic, după ce am făcut anestezia zonei sau regiunii în vederea operației, ne spălăm pe mîini simplu cu apă și săpun, ne uscăm cu un cîmp steril, apoi ne punem măștile și îmbrăcăm bluzele, care sînt sterile (în condiții pline de precauție, deoarece mîinile nu sînt sterile). Din cutia cu mănuși din cauciuc sterile, ne pudrăm mîinile cu talcul din prima compresă care acoperă mănușile, după care ne îmbrăcăm mănușile, în așa fel ca să nu fie atinse fețele lor exterioare cu degetele noastre care manevrează îmbrăcarea mănușilor.

Se trece astfel, cu mănuși sterile, la efectuarea actelor operației.

Primul timp al operației, cel septic, efectuîndu-se, se trece la al II-lea timp, cel aseptic. În vederea efectuării acestui timp se schimbă instrumentarul cu unul steril și corespunzător actului care se va efectua; de asemenea toate cîmpurile se vor schimba cu altele sterile.

Ce facem acum cu mîinile?

Pentru a nu mai complica lucrurile, adică a schimba mănușile cu altele sterile, practicăm dezinfecția mîinilor înmănușate cu o soluție de detergent, în cazul nostru

Bromocet, care ne vine de la o sursă fixată deasupra lavaboului, de tipul unui recipient cu capacitatea de 5 litri, din sticlă, folosite în laboratoarele de analize. Bineînțeles, recipientul este prevăzut cu un robinet, care se prelungește pînă deasupra lavaboului, cu un tub subțire din cauciuc reglat cu o clamă.

Soluția pentru această dezinfecție este pregătită în modul următor:

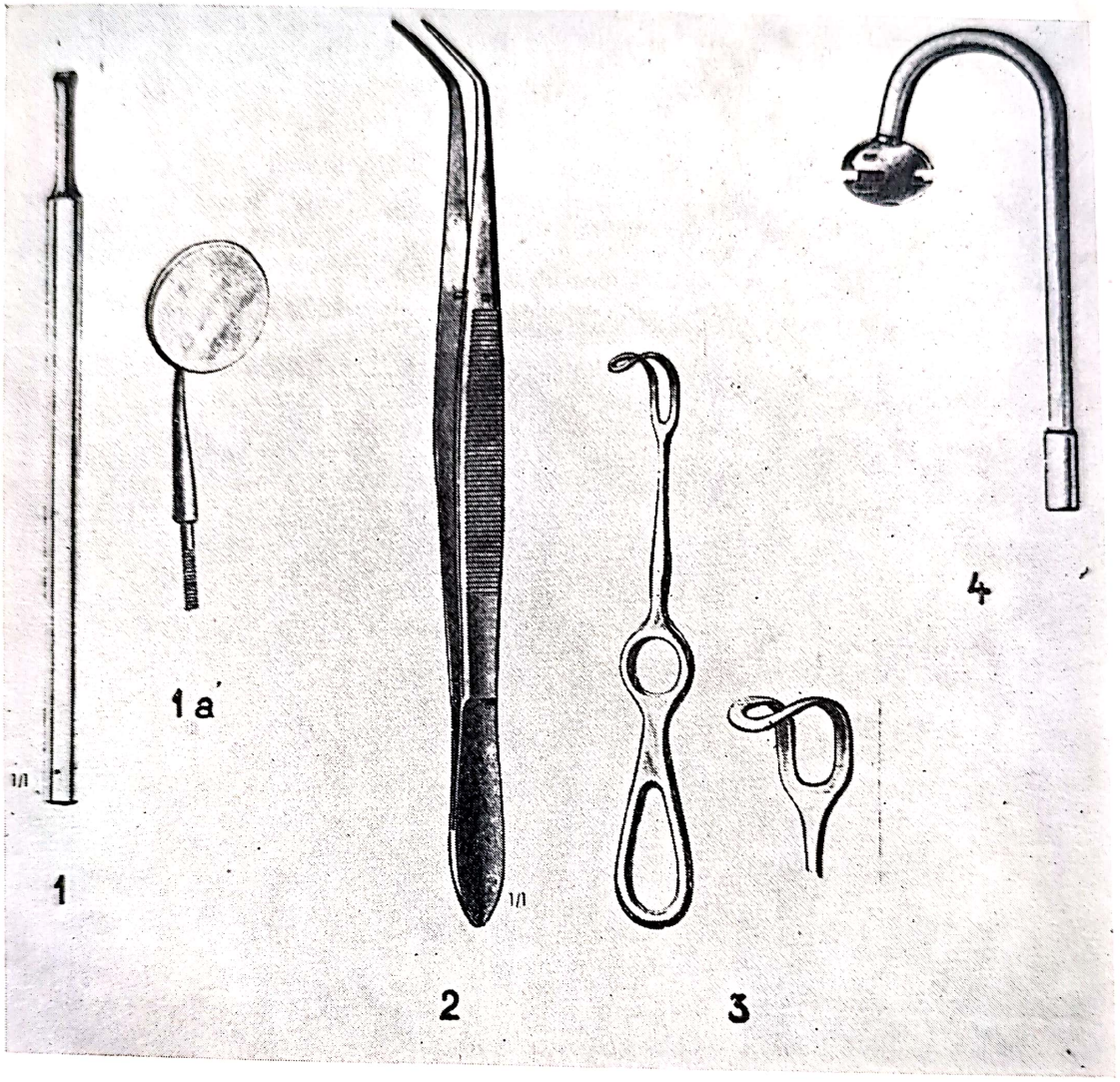
din soluția de Bromocet 20% se pun cîte 20 ml de fiecare litru de apă sterilă în recipientul respectiv. Se agită bine și soluția antiseptică este gata pregătită.

Mîinile înmănușate, bine spălate cu acest detergent, deoarece cauciucul mănușilor devine lipicios, le ștergem cu o compresă mare și sterilă, după care din cutia de mănuși sterilizate se ia compresa îmbibată cu talc și pudrăm bine mîinile înmănușate, scuturînd cantitatea de talc prin baterea mîinilor una de alta (ca la aplauze), după care se trece la efectuarea actului operator, în condiții aseptice — fără nici o grijă.

Testînd pe medii de cultură suprafețele mănușilor astfel dezinfectate, laboratorul de bacteriologie, ne-a confirmat că pe mediile de cultură, nu s-a dezvoltat nici un element microbian. De altfel, și urmările postoperatorii, așa cum evoluează operațiile, ne-au creat certitudinea că această modalitate de asepsie și antisepsie pe care o aplicăm, într-un mod atît de practic și simplu, este perfect eficientă.

Scanned with OKEN Scanner

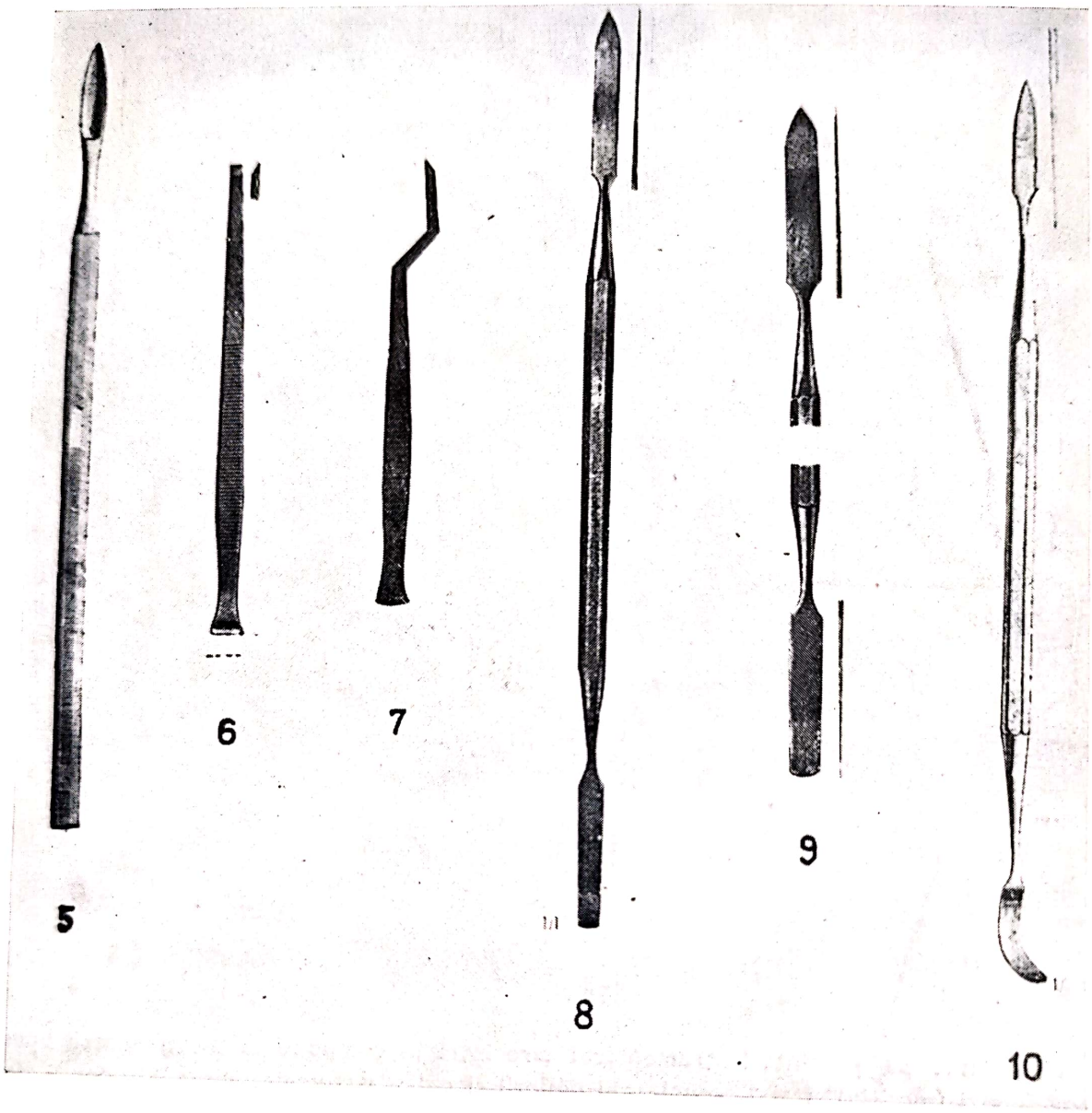
FIȘA NR. 53



Fișa nr. 53 prezintă instrumentarul care intră în componenta trusei pentru operația Osipov-Sinești (modele). 1 și 1_a — mînerul oglinzii și oglinda stomatologică; 2 — pensa stomatologică; 3 — depărtător stomatologic; 4 — canulă de aspirație.

Scanned with OKEN Scanner

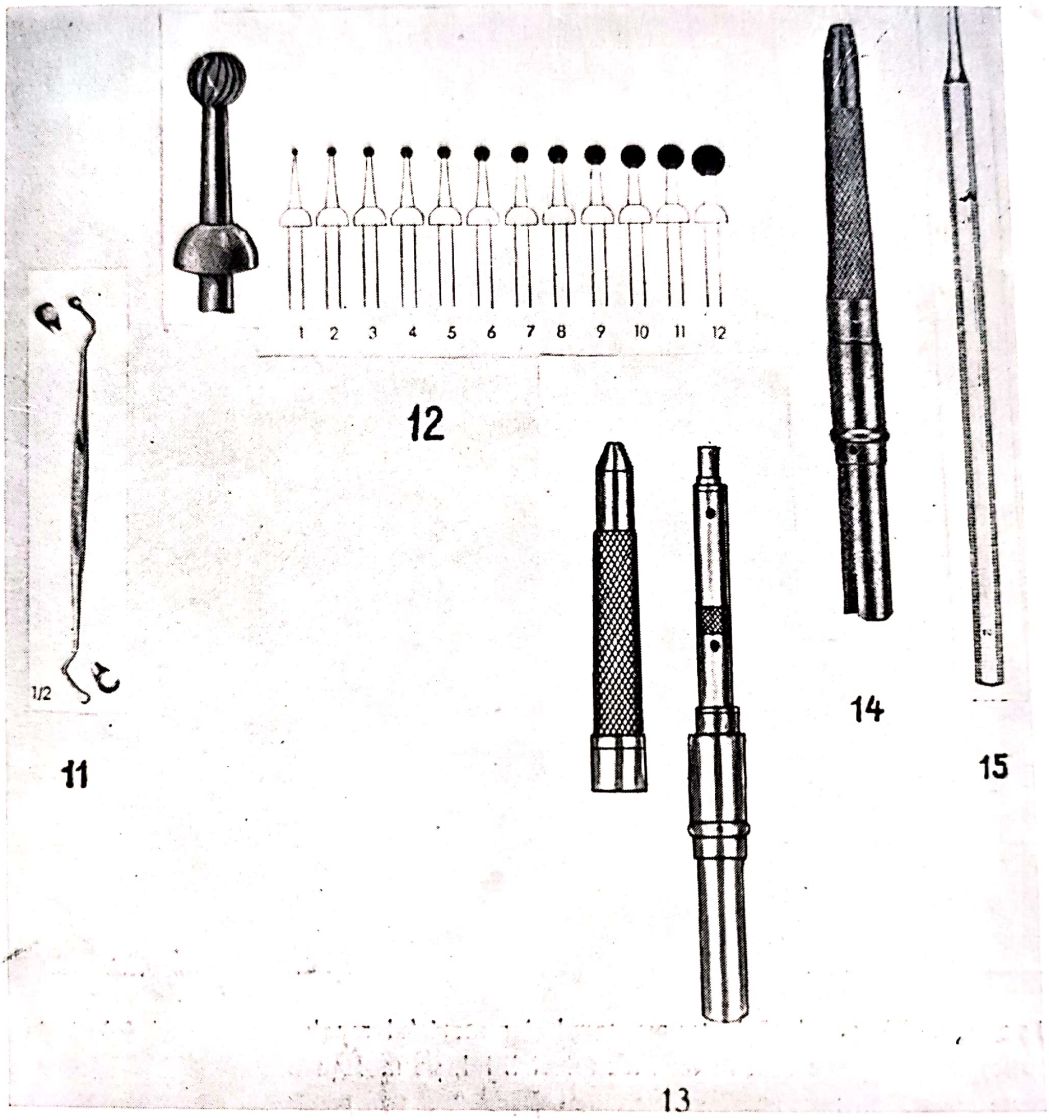
FIȘA NR. 54



Fișa nr. 54 prezintă modele de instrumentar care compun trusa operatorie pentru parodontopatia esențială. 5 — bisturiu cu lamă scurtă; 6 — decolator drept; 7 — decolator în baionetă, pentru arcada mandibulară; 8 și 9 — spatulă dreaptă; 10 — spatulă cu o extremitate în unghi.

Scanned with OKEN Scanner

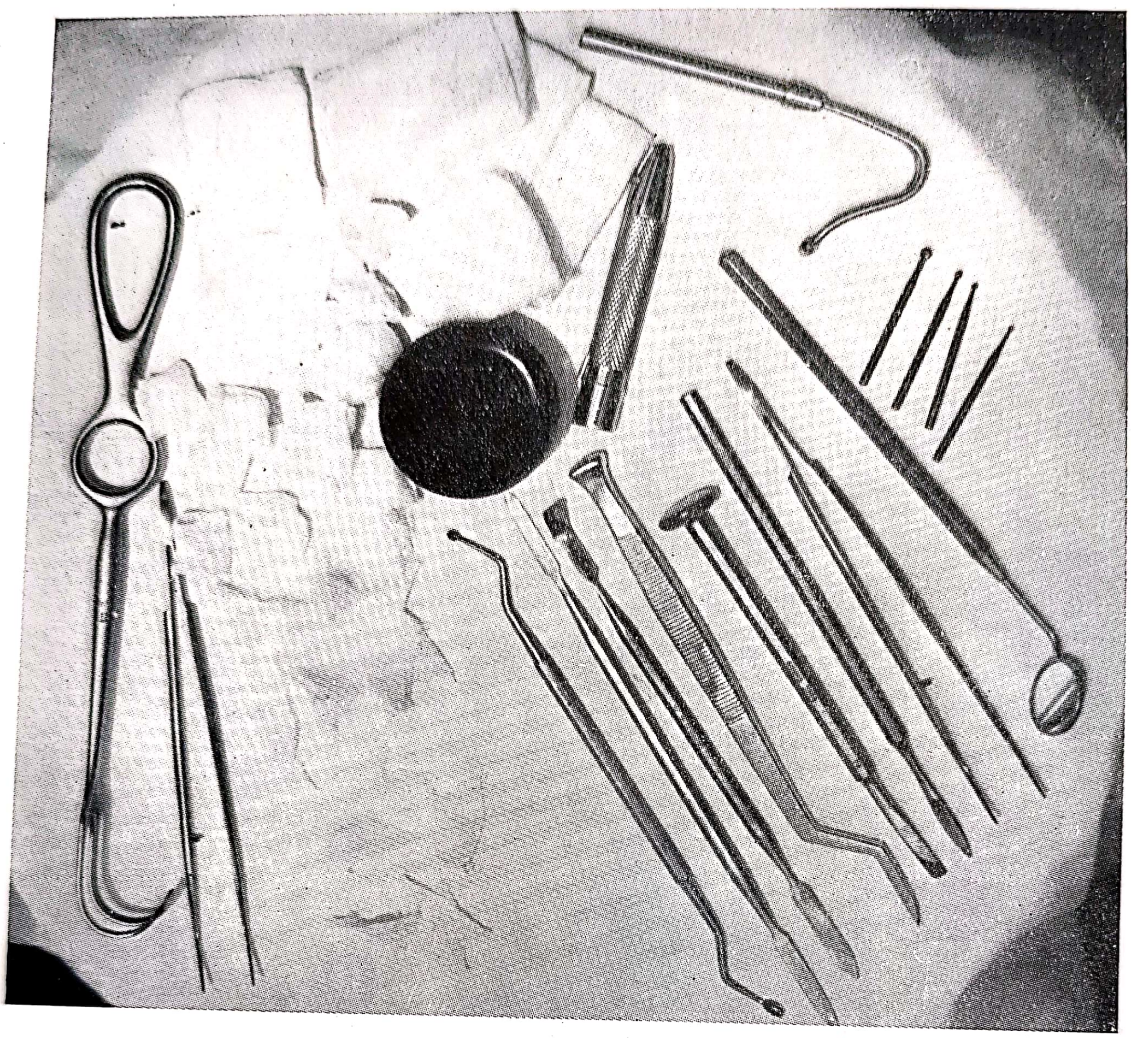
FIȘA NR. 55



Fișa Nr. 55. Idem. 11 — chiuretă mică, cu extremitățile în unghi; 12 — freze rotunde pentru a fi folosite la piesa dreaptă — sortiment; 13 — piesa cămașă dreaptă cu cămașa demontată, care, în vederea folosirii în actele operației, este sterilizată la pupinel, împreună cu celălalt istrumentar; 14 — piesa dreaptă, montată cu cămașa ei; 15 — instrumentul cu a cărui extremitate, secționată plan, tasăm implantul biostimulator în conduct, fapt pentru care îl denumim « tasor ».

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 56



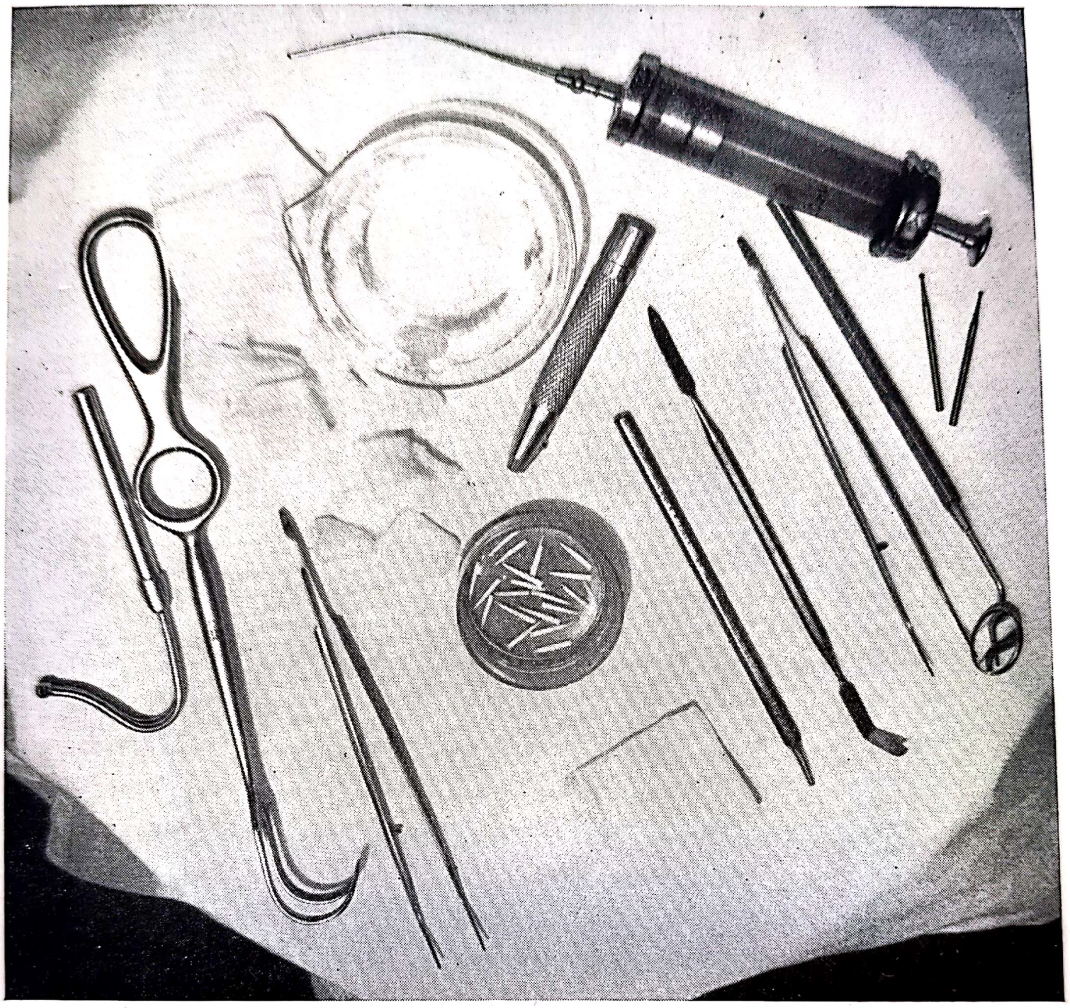
Fișa nr. 56 prezintă instrumentarul și materialul moale (comprese) **folosit în primul timp** (septic) **al operației** așezat în ordinea folosirii lui, pe măsuța Unit-ului.

Acesta constă din:

o oglindă stomatologică; 2 pense stomatologice (una pentru operator și alta pentru ajutor); 1 bisturiu cu lama scurtă; 1 spatulă cu extremitățile drepte; 1 spatulă cu o extremitate în unghi; 1 decolator drept; 1 decolator în baionetă, utilizabil în operația arcadei mandibulare; 1 chiuretă mică; 1 depărtător bucal; cămașa sterilă a piesei drepte; 1 canulă de aspirație; 4 freze rotunde pentru piesa dreaptă, nr. 4, 6, 8 și 9; 1 recipient (mijloc) pentru soluție de eter iodat 5%. Comprese sterile — format mare, mijlocii, pernițe mici și colțurele triunghiulare mari, mijlocii și mici (folosibile în raport cu lărgimea spațiului interodontal).

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 57

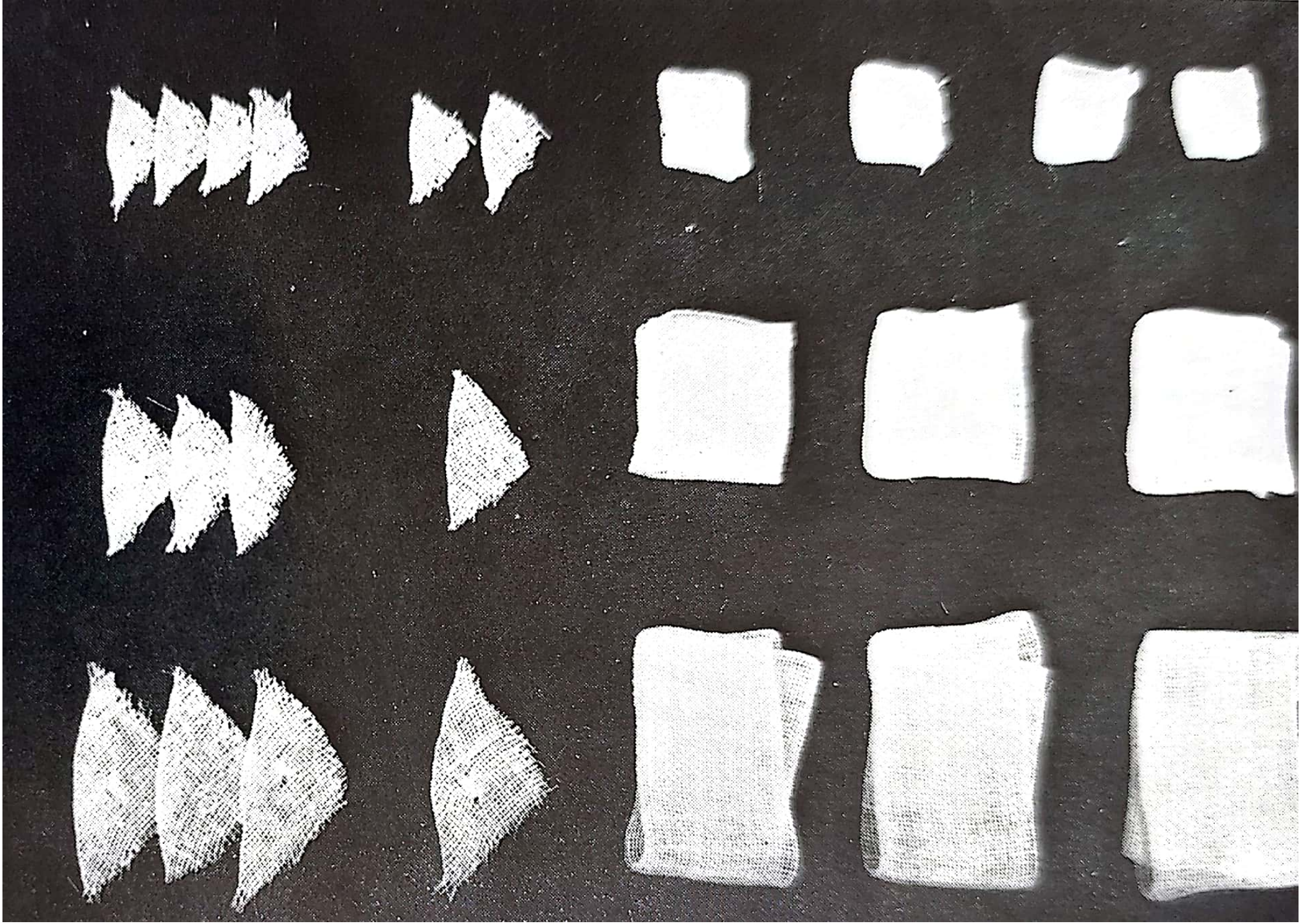


Fișa nr. 57 prezintă instrumentarul și materialul folosit în al doilea timp al operației, de asemenea așezat pe măsuța Unit-ului, în ordinea utilizării fiecărei piese.

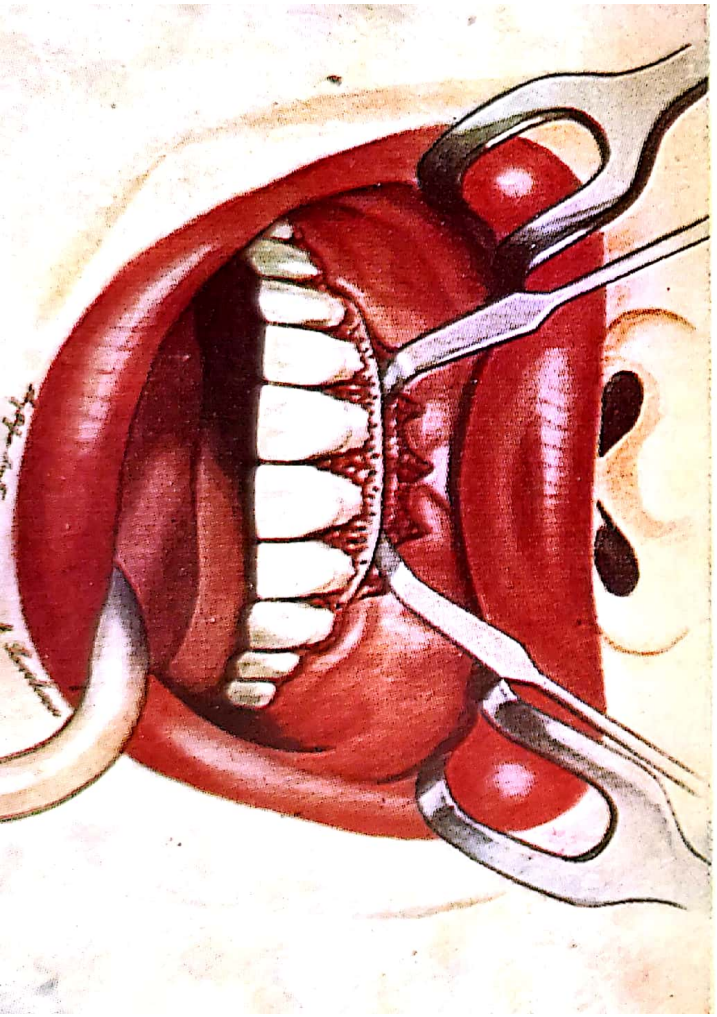
Acesta constă din:

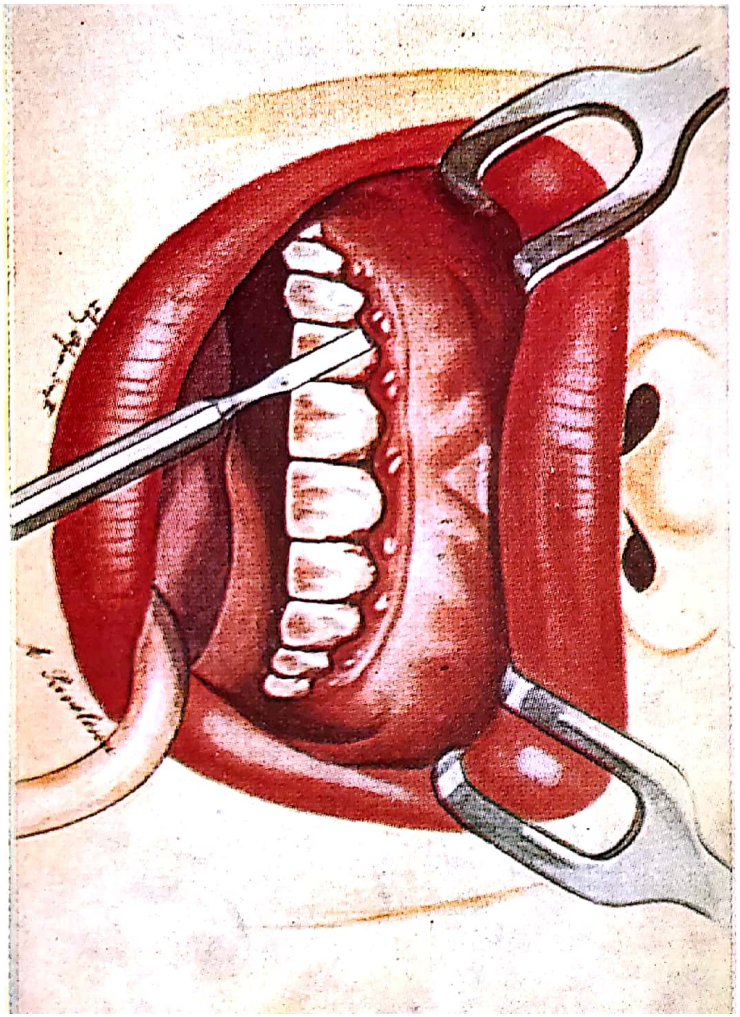
o oglindă stomatologică; 2 pense stomatologice, una pentru operator și alta pentru ajutor; 1 tasor; 1 spatulă cu extremitatea în unghi; cămașa piesei drepte; canula de aspirație; 1 depărtător; 1 seringă 20—40 ml cu ambou lung și ușor curbat; 1 recipient mare de 80—100 ml cu soluție concentrată de antibiotice; 1 recipient mic în care se află biostimulatorii vărsați, după tăierea fiolei, în soluție concentrată de antibiotice; comprese de diverse mărimi și forme; 2 freze nr. 4 și 5 pentru forat conducte în septurile interalveolare.

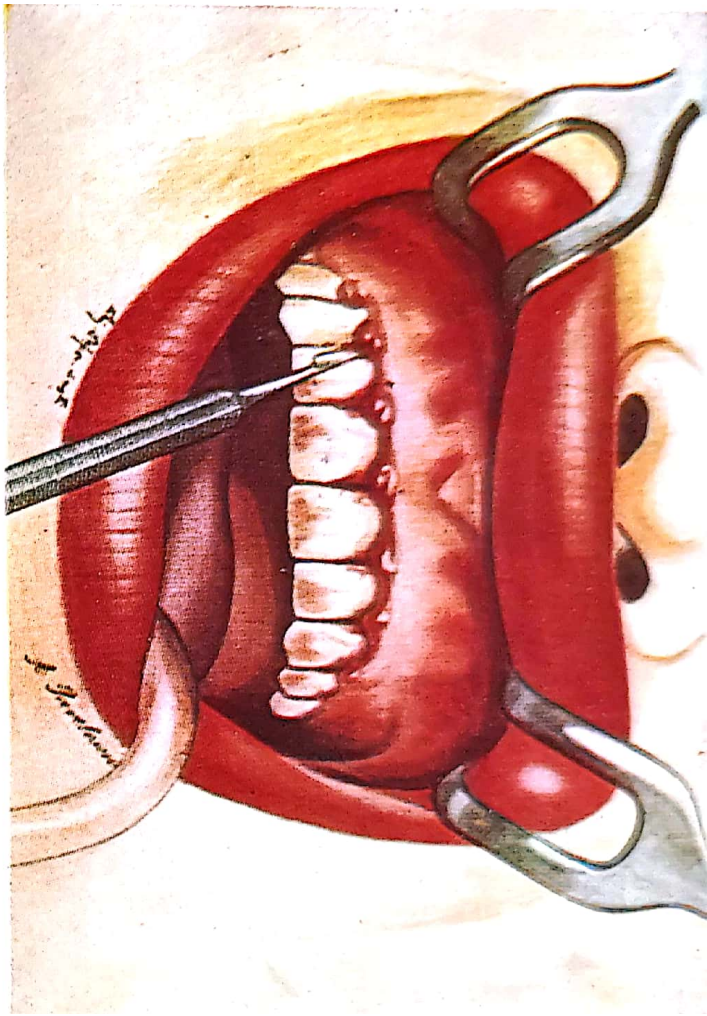
Scanned with OKEN Scanner



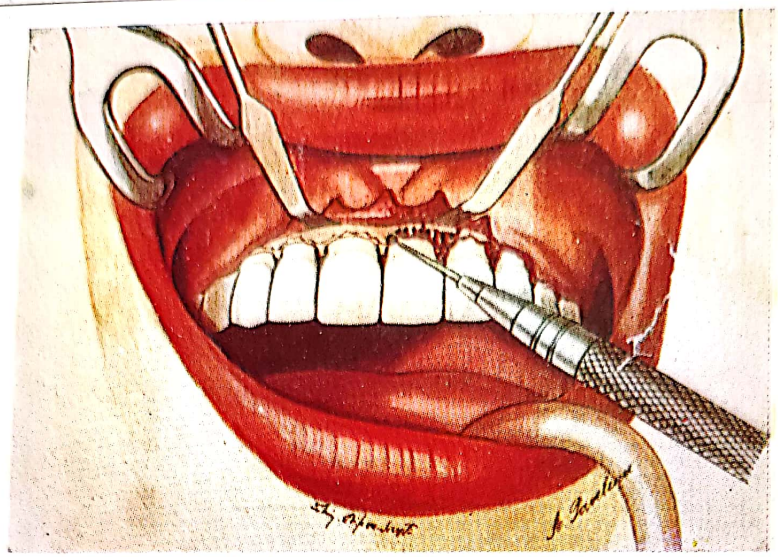
Scanned with OKEN Scanner



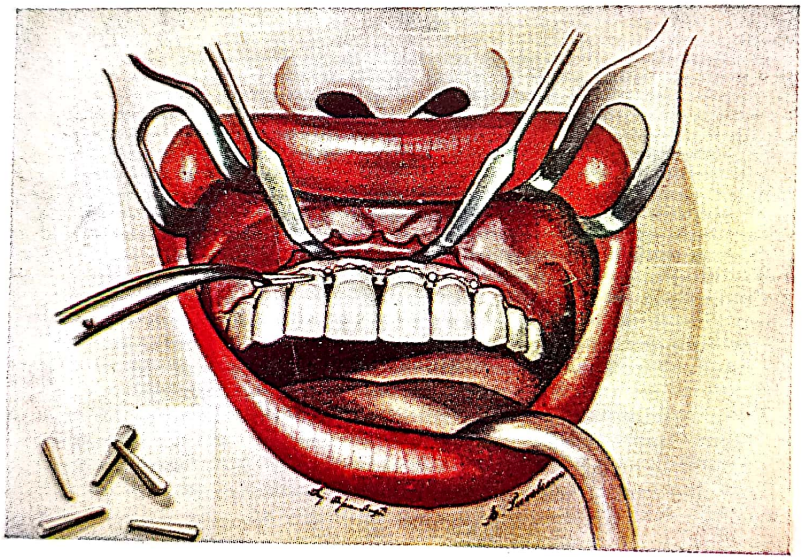




Scanned with OKEN Scanner



4

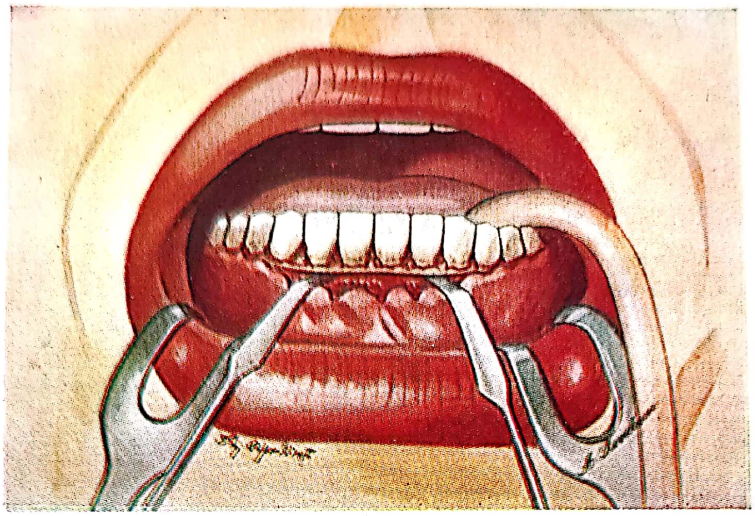


5

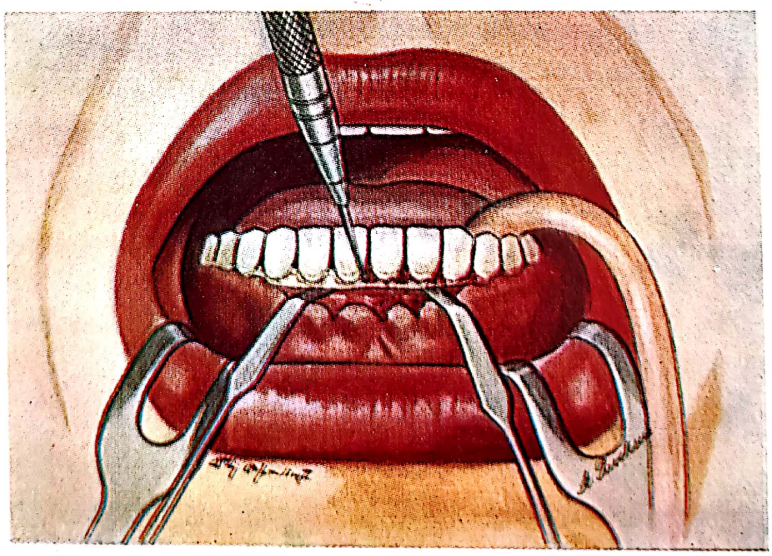
Fișa nr. 59 prezintă folosirea instrumentelor în diverse acte, pe parcursul desfășurării operației (arcada maxilară).

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 60

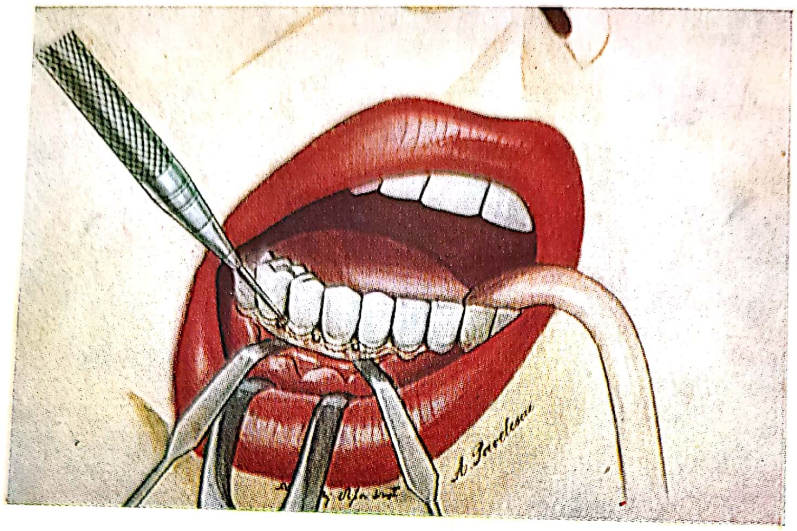


1

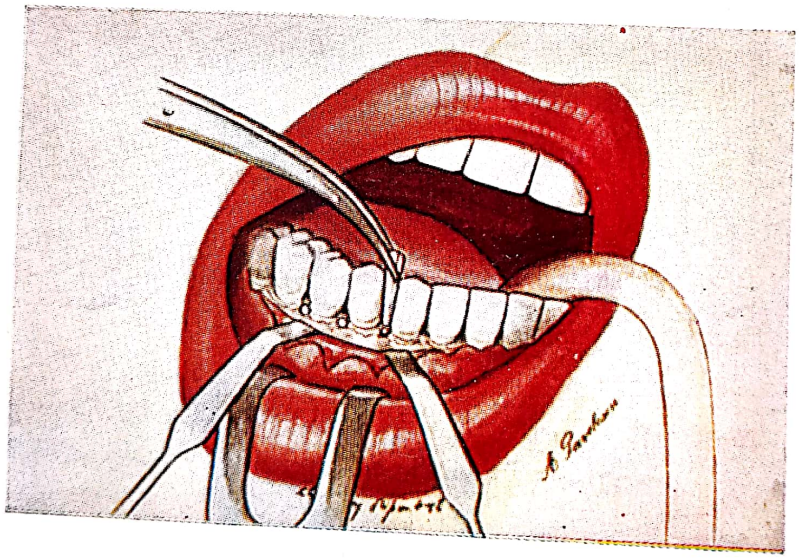


2

Scanned with OKEN Scanner



3



4

Fișa nr. 60 prezintă folosirea fiecărui instrument prezentat, în desfășurarea actelor operatorii — arcada mandibulară.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 61

Fișa nr. 61 prezintă poziția pacientului în timpul desfășurării operației, acoperit cu un cîmp cu o gaură de mărimea orificiului bucal deschis. De asemenea, poziția operatorului și a întregului echipament de operație.

În concluzie, metodica practică a asistenței parodontopatiei esențiale, este realizată, după un protocol judicios întocmit și cu multă grijă aplicat. Această metodică de asistență, în mod obligatoriu, în vederea eficienței ei, îmbină coordonat modalitățile de asistență generală, medicală și neuro-hormonală, în raport cu existența eventuală a acestor stări patologice cu cele locale, prin aplicarea metodei noastre operatorii, pe bază de omoimplante — biostimulatori — din « os minerale ».

Metoda operatorie, aplicată după criterii și indicații bine stabilite, pe baza stadiilor evolutive — și desfășurată în cele mai perfecte condiții de asepsie și antisepsie, după jaloanele tehnice descrise, cu folosirea celui mai simplificat instrumentar, arătat mai sus (așa cum vom dovedi prin iconografia concludent demonstrativă, din capitolul următor, prin faptul că vizează terenul organic în general și local în ansam-

Scanned with OKEN Scanner

blu și nu un element simptomatic local, reprezintă după părerea noastră, orientarea atît științific cît și practic eficientă în rezolvarea acestei grave și complexe maladii, care este parodontopatia esențială.

Notă explicativă

« OS-MINERALE » — expresie constituită din două cuvinte de origine latină.
OS — subst. neutru de la OS, OSSIS, pl. OSSA = OS
MINERALE — adj. neutru (masc. și fem. mineralis) = mineral
Deci:
OS-MINERALE = os mineral = adică numai partea minerală a osului

Omo-implant (sau homo-implant) — vine din cuvîntul grec — **Omoios, HOMOIOS** sau homos = acela, asemănător (cu referire la specia umană) — plus — **implant** (implant de la aceeași specie).

Biostimulatori « OS-MINERALE» sînt omo sau homo-implante — din oS uman **deproteinizat chimic.**

Brevet O.S.I.M. — Nr. 66764—1972

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 4

Ilustrarea eficienței metodei operatorii „Osipov-Sinești" pe bază de biostimulatori omo-implante din „os minerale"

Obiective realizate

a) Obiective clinice

În prezentarea fișelor iconografice pentru demonstrarea eficienței metodei operatorii « Osipov-Sinești », aplicată conform concepției de interpretare pe principiul discernămîntului — clinic, radiologic și biologic — a leziunilor și manifestărilor parodontopatice, sistematizate în parodontopatii simptomatice și esențiale (definind ultimei categorii 4 stadii evolutive disbiotrofice) precum și a modalităților de asistență pe principiul eclectismului terapeutic NU vom expune considerații prea detaliate, ci vom lăsa ca aspectele prezentate să convingă despre valoarea științifică și practică a concepției și despre eficiența imediată și în timp a metodei noastre operatorii, prin obiectivele realizate.

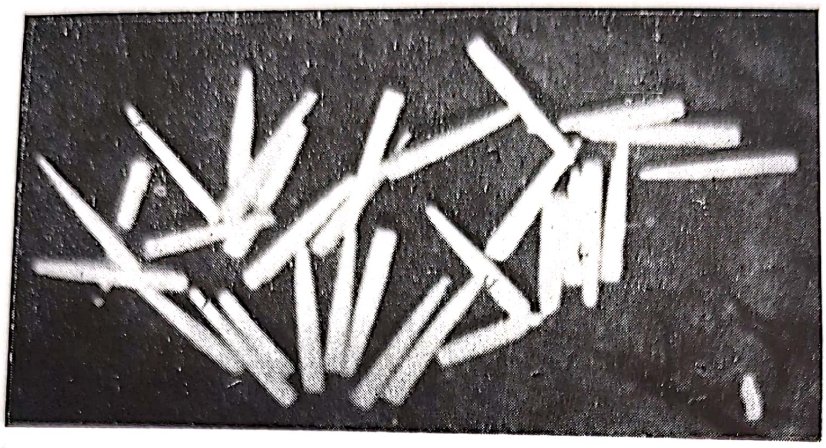
Aceste obiective sînt:

a) obiective clinice;
b) obiective radiologice;
c) obiective biologice.

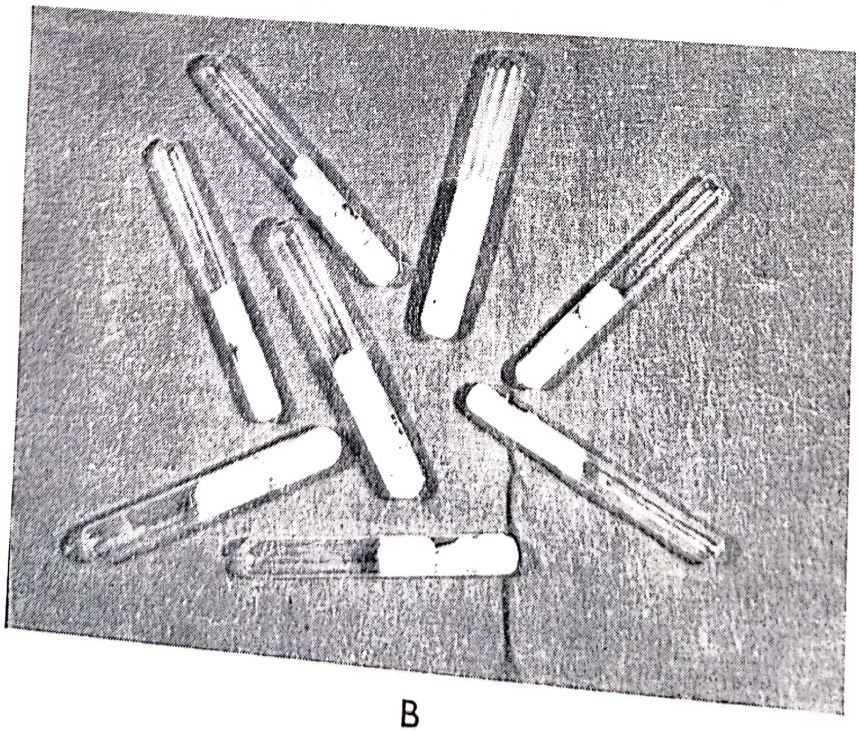
Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 62

a) Obiective clinice



A



B

Scanned with OKEN Scanner

C

Fișa nr. 62 prezintă biostimulatorii omoimplante din « os minerale ».

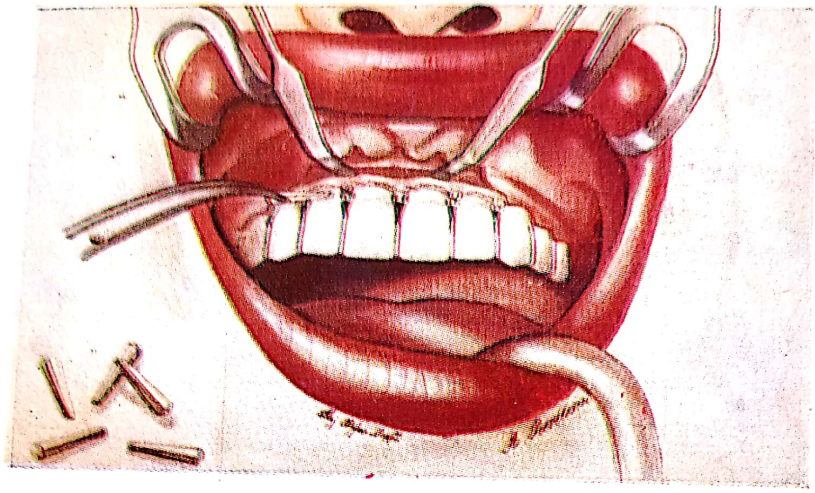
Imaginea A — biostimulatorii pregătiți pentru a fi ambalați în ampule, în vederea punerii lor la îndemîna specialiștilor, pentru a le folosi în operații.

Imaginea B — ampule gata pregătite pentru operații, în care se află în condiții perfecte de sterilizare, cîte 15 biostimulatori pentru arcada maxilară și cîte 12 elemente pentru arcada mandibulară.

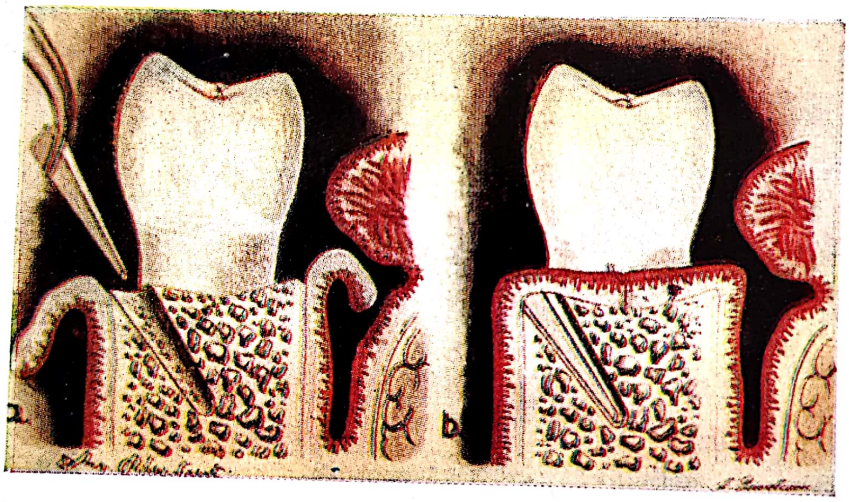
Imaginea C — ampule ambalate în cutii, cu 6 ampule care conțin cîte 15 biostimulatori și 6 ampule care conțin cîte 12 biostimulatori.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 63



A



B

Fișa nr. 63 prezintă actul forării cu o freză rotundă, nr. 4 sau 5, a conductelor în grosimea șepturilor interalveolare, **numai în septurile care prin grosimea și accesibilitatea lor permit acest act,** urmat de introducerea în aceste conducte a biostimulatorilor din « os minerale ».

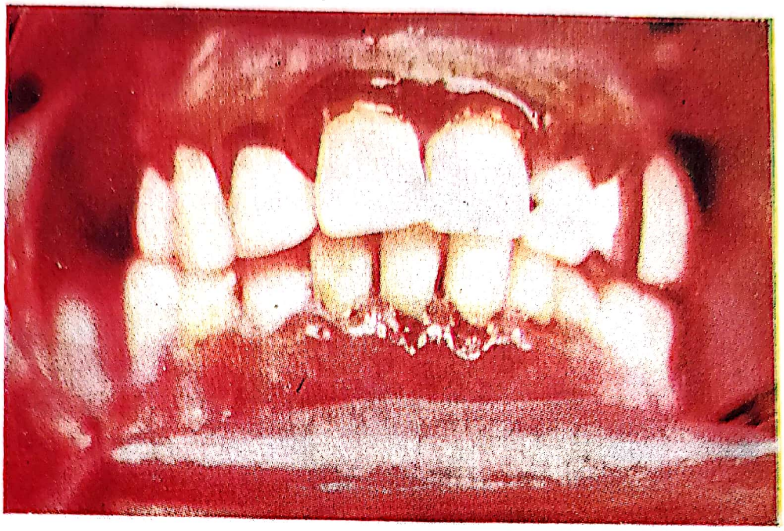
Imaginea A — actul operator al forării pe arcada frontală maxilară (schemă).

Imaginea B — secțiune frontală în grosimea septului, prin care se pune în evidență conductul forat și introducerea biostimulatorului; urmează repunerea lambourilor pe suprafața operată, fără suturare.

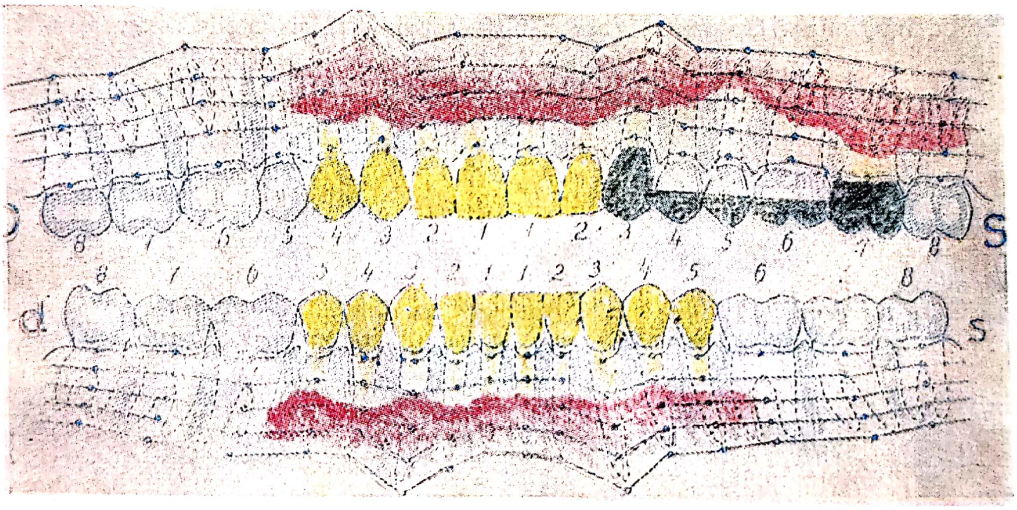
(Pentru punerea în practică corectă a actelor operatorii a întregii operații, a se consulta capitolul respectiv din lucrarea « Parodontopatia esențială ».)

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 64



A



B

C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 64 prezintă un aspect parodontopatic esențial, clinic și radiologic, înainte și după operație (aspectul radiografic se află la fișa nr. 2).

Imaginea A — aspectul clinic al mucoasei gingivale, evident inflamată și cu zone ulcerate și sîngerînde mai ales la nivelul papilelor hipertrofiate între 12 și 11, 11 și 21, 21 și 22, 22 și 23, 31 și 41, 31 și 32; pungi pioreice mai profunde la frontalii inferiori (prin prezența tartrului existent sub-gingival); din aceste pungi, prin exprimare, iese un produs pioreic de secreție și fermentație, foarte urît mirositor. Dinții prezintă deja un grad ușor de mobilitate. Foetor accentuat.

Acest **aspect clinic,** așa cum se prezintă, pune problema ce categorie de parodontopatie este. Adică, nu cumva este o formă **numai** cu leziuni și manifestări gingivitice?

Deoarece edentația masivă laterală nu este în legătură cauzală cu evoluția unui proces disbiotrofic, ci prin distrucții odontale urmate de extracții, se impune **examenul radiologic al sistemului] osteo-alveolar** corespunzător dinților existenți. Numai prin acest examen și pe baza aspectelor imaginilor radiografice se putea defini un diagnostic concludent.

Imaginea B — după aspectul din imaginile radiografice se întocmește graficul parodontopatic, aspect care este de tip « esențial », evident evolutiv, în stadiile I spre II și chiar III.

Aspectul clinic inflamator și pioreic din **imaginea A** confruntat cu aspectul disbiotrofic evolutiv redat de imaginile radiografice, care a distrus prin liză și osteită supraadăugată primul segment și pe alocuri și în parte din al doilea segment al înălțimii osului alveolar, așa cum nu-l arată graficul parodontopatic din **imaginea B,** ne creează certitudinea unei parodontopatii care, prin **aspectul de estompare** a marginii osului alveolar, fără minime fenomene de reacție de delimitare sau blocare a procesului patologic, o considerăm că este, sau face parte din categoria « esențială ».

Odată confirmat diagnosticul de Parodontopatie esențială evolutivă, pe baza fenomenelor de mai sus, clinice și mai ales radiografice, — conform celor enunțate și dezvoltate în prima parte a acestei lucrări, de aplicare practică a **principiului eclectic** în asistența parodontologică, a unei **modalități sau metode care să fie în strînsă corelație cu realitatea procesului patologic,** îl punem în practică. În consecință, dat fiind faptul că acest caz se găsește încadrat în categoria parodontopatică esențială el va fi supus modalităților de tratament expuse în concepția noastră, în mod detaliat în lucrarea « Parodontopatia esențială », adică: după o prealabilă pregătire și asistență generală a pacientului și local a mucoasei gingivale și leziunilor odontale, se aplică metoda noastră operatorie, prin introducerea biostimulatorilor din « os minerale » direct în focarele disbiotrofice, după ce au fost asanate.

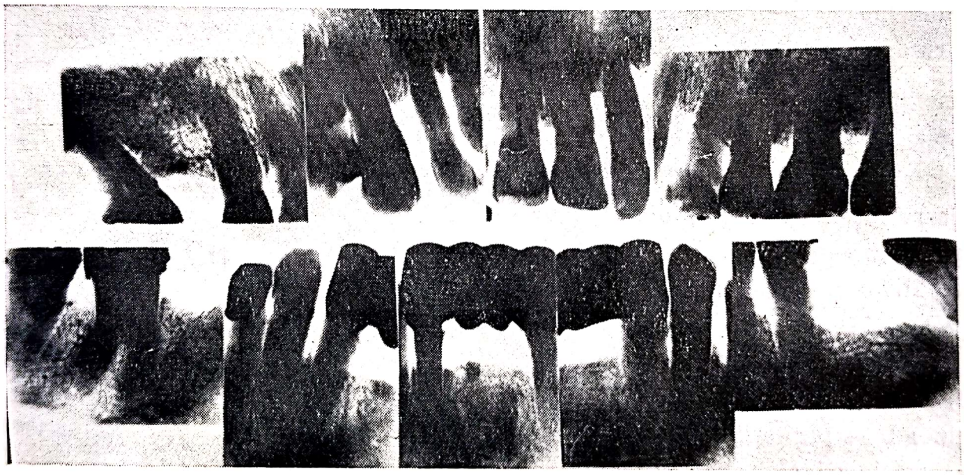
Aceasta avînd drept scop, mai întîi, în vederea **opririi fenomenelor patologice osteolitice și osteitice evolutive și apoi a provocării la acest nivel, a fenomenelor de apoziție și mutație minerală din masa omoimplantelor, în trama structurală a osului alveolar, recondensîndu-l în acest mod, în sensul unui calus osos periodontal.**

Imaginea C — aspectul clinic la un an de la operație. Considerăm că orice explicație este de prisos.

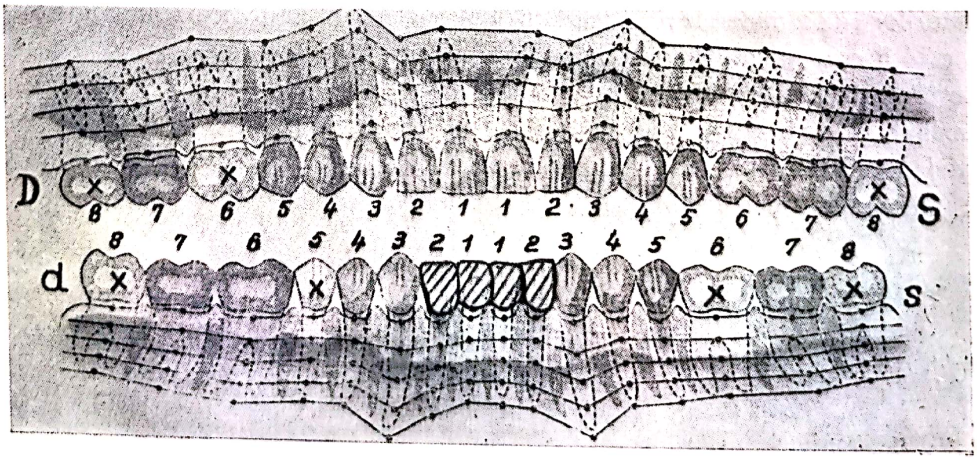
Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 65

A



B



Ç

D

Fișa nr. 65 prezintă parodontopatia esențială evolutivă; înainte și după operație. P.T., 56 de ani, avocat.

Vine pe data de 22.VI.1972 pentru manifestări gingivo-alveolare grave, inflamatorii și supurative — suferind de 5—6 ani; sîngerări în timpul masticației; gust permanent de puroi; foetor puternic, care prin exhalarea dezagreabilă, îi creează grave complexe sociale și profesionale.

Examenul parodontologic.

Imaginea A — aspectul clinic odonto-gingival: mucoasa inflamată și tumefiată prin procesul cronic celular de granulație; pungi pioreice cu produs de secreție purulentă și cu țesut de mortificare foarte fetid. Mobilitate odontală accentuată în special la dinții frontali superiori.

Imaginea B — aspectul imaginilor radiografice odonto-parodontale. Proces disbiotrofic esențial evolutiv în stadiile II, III și III spre IV; edentație a incisivilor inferiori, cu protezare conjunctă.

Imaginea C — graficul parodontopatic esențial întocmit după aspectele radiografice din imaginea B. Indicații operatorii cu expectativă a evoluției post-operatorii, în special la grupul 12, 11, 21, 22, 23, 26 și 27.

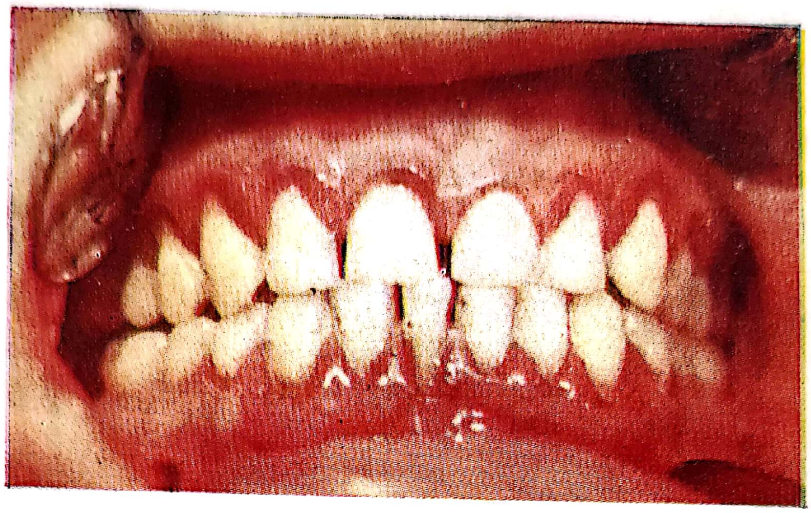
Imaginea D — pacientul chemat la control după 24 de luni. Aspectul clinic perfect (așa cum îl arată această imagine).

Dispariția tuturor fenomenelor patologice, locale. Starea generală a pacientului s-a redresat evident, la scurtă vreme numai, după îndepărtarea procesului supurativ și a introducerii biostimulatorilor « os minerale ». Pacientul ne declară că este foarte fericit că a scăpat de supurația care îi crea grave complexe. Se simte renăscut, cu poftă de viață și muncă, care nu-l mai obosește ca înainte de a fi operat.

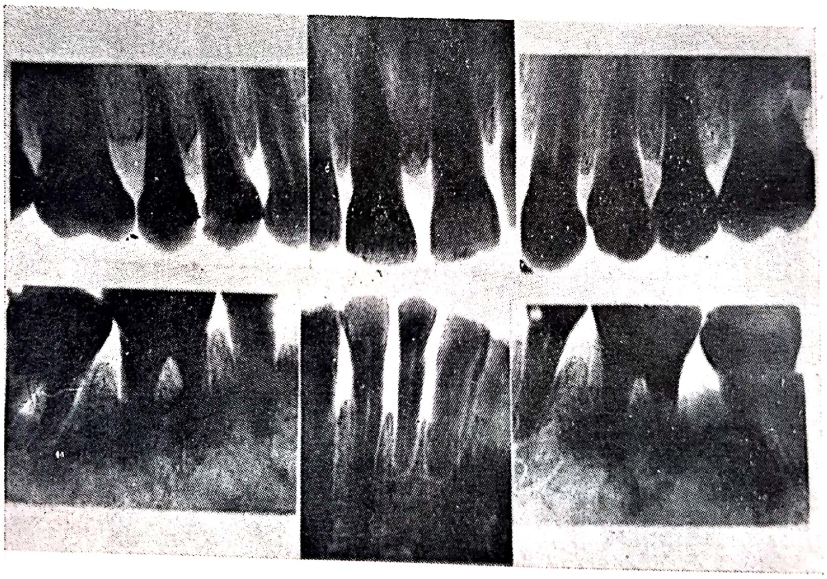
Examenul general. Înainte de operație — nimic deosebit în antecedentele personale. În antecedentele ereditare: mama parodontopatică și diabetică. Nu prezintă reacție ganglionară regională, nici febră, nici modificări ale hemogramei, V.S.H.-2/3.

Scanned with OKEN Scanner

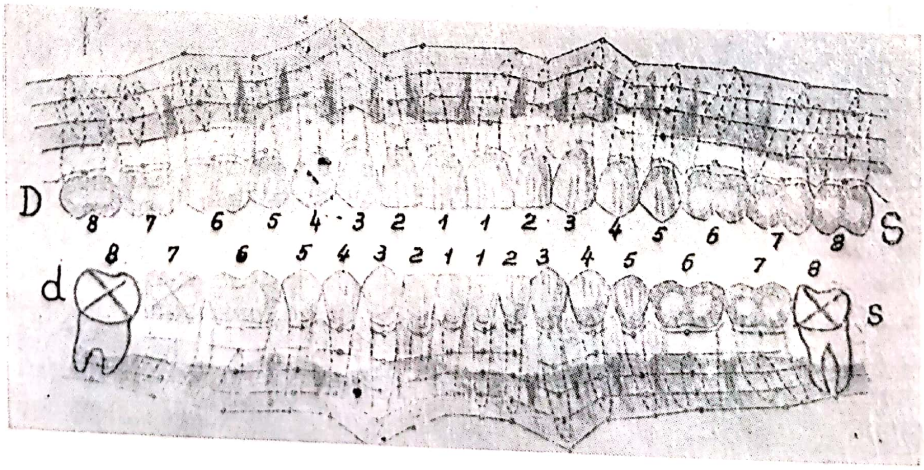
FIȘA NR. 66



A



B



C

D

Fișa nr. 66 prezintă parodontopatia esențială evolutivă, înainte și după operație. Fl.D., 39 de ani, casnică.

Vine pe data de 29.VI.1971 la consultație, pentru supurații gingivale, sîngerarea gingiilor la atingere și masticație și în special pentru miros urît al gurii, care persistă oricît s-ar îngriji. Fenomenele datează de circa 3—4 ani, agravîndu-se din ce în ce.

Examenul parodontologic.

Imaginea A — aspect gingivitic, lizereu inflamator pe toată întinderea arcadelor, sîngerînde la atingerile exploratorii, pungi pioreice, cu produs de secreție purulentă, albă-gălbuie, sanguinolentă; existența tartrului la grupul frontal; foetor ex ore accentuat și persistent la orice tratament dezinfectant.

Imaginea B — Aspectul bilanțului radiografic al arcadelor odonto-parodontale, care ne arată procese disbiotrofice evolutive în stadiile II spre III și III.

Imaginea C — graficul parodontopatic esențial.

Imaginea D — aspectul arcadelor odonto-parodontale, după 3 ani de la operație. Se remarcă o ușoară denudare la nivelul coletelor odontale, ca urmare a dispariției inflamației gingivale, a pungilor pioreice, ca și a coalescenței suprafeței profunde a lambourilor pe suprafața osului alveolar marginal și interodontal, chiuretat, avivat și împănat cu biostimulatori de « os minerale ».

Examenul general înainte de operație.

Absența manifestărilor patologice generale ca:

reacția ganglionară regională, febra, durerile locale, V.S.H. normal. Hemogramă normală. Calcemia 10,4 mg%. Tensiunea arterială 21/12.

Psihastenie din 1960. Antecedente ereditare: mama parodontopată.

Tulburări endocrine grave, insuficiență tiroidiană, hiperfuncție medulo-suprarenaliană

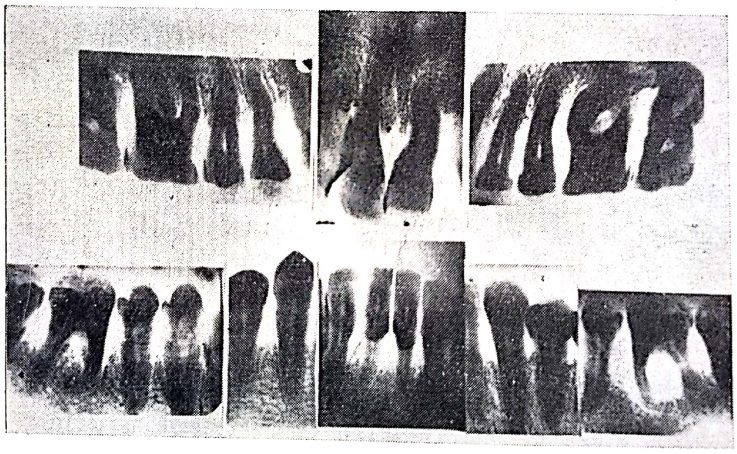
Asistență

Pacienta a fost supusă timp de 2 luni înainte de operație unui tratament general și neurohormonal, pe care l-a urmat și după operație, timp de 1 an. Revăzută după 3 ani, arcadele odonto-parodontale se prezintă ca în **imaginea D**, iar starea generală complet redresată, tensiunea arterială — 14/8.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 67

A



B

C

Scanned with OKEN Scanner

Fișa nr. 67 prezintă parodontopatia esențială evolutivă înainte și după operație.

H.I., 43 de ani, salariat, muncitor tăbăcărie. Trimis de medicul de întreprindere la consultație și tratament, pentru manifestări supurative grave parodontale și mobilitate odontală.

Examen parodontologic.

Imaginea A — parodontal: inflamație cu edematierea marginii gingivale pe toată întinderea, la ambele arcade; pungi pioreice atît la arcada superioară, cît și la arcada inferioară, din care, prin compresiune și exprimare, apare un bogat produs pioreic galben-sanguinolent și foarte fetid; sîngerarea la atingerea mucoasei gingivale ca și la masticație; depozite de tartru în zona frontală inferioară, jenă în masticație și gust pioreic cu salivație abundentă.

Odontal: — migrări odontale în diverse sensuri, cu diasteme accentuate în special în grupele frontale; mobilitate relativă atît la frontalii superiori, cît și la frontalii inferiori.

Foetor ex ore foarte pronunțat, fenomen principal care a determinat pacientul să devină îngrijorat și să fie preocupat pentru a veni să se supună asistenței corespunzătoare.

Imaginea B — examenul radiologic: aspect disbiotrofic evolutiv în stadiile II și III. Elementele 27 și 36 fiind compromise se extrag preoperator, odată cu asanarea pregătitoare actelor operatorii. Restul arcadelor odontale și parodontale aflîndu-se în stadiile la limita operabilității, vor fi operate, cu urmărirea atentă a evoluției postoperatorii.

Examenul general

Absența unor reacții generale organice (dureri, febră), leucocitoza 7400, VSH 3/9, tensiunea arterială 13/7. Absența reacției ganglionare sub-mandibulare.

Hipocalcemie: 8,2 mg%.

Imaginea C — aspectul clinic după 4 ani. Controlul calcemiei indică 10,8 mg%.

După operația din 27.XI.1967, pacientul și-a supravegheat cu multă atenție igiena bucală, prin periaj și pastă, completată prin clătirea gurii dimineața și seara, cu apa de gură medicinală « PARADENTA » și la fiecare 2 luni detartraj.

Scanned with OKEN Scanner

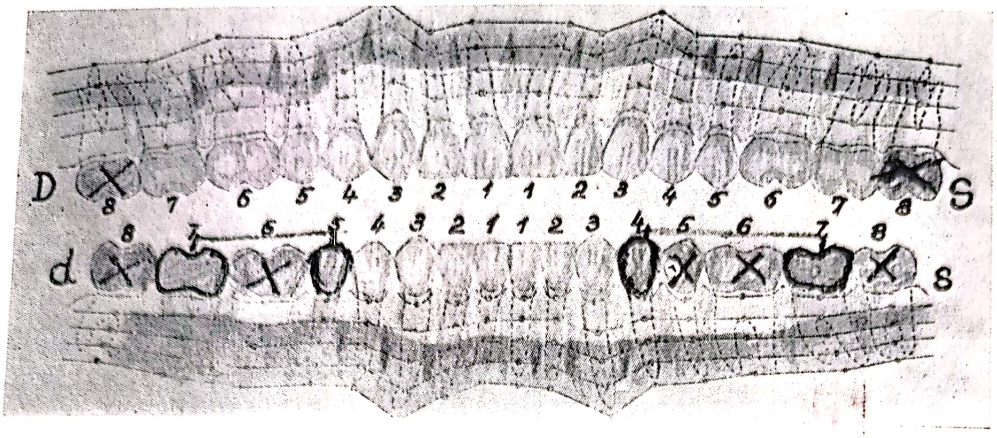
FIȘA NR. 68

A

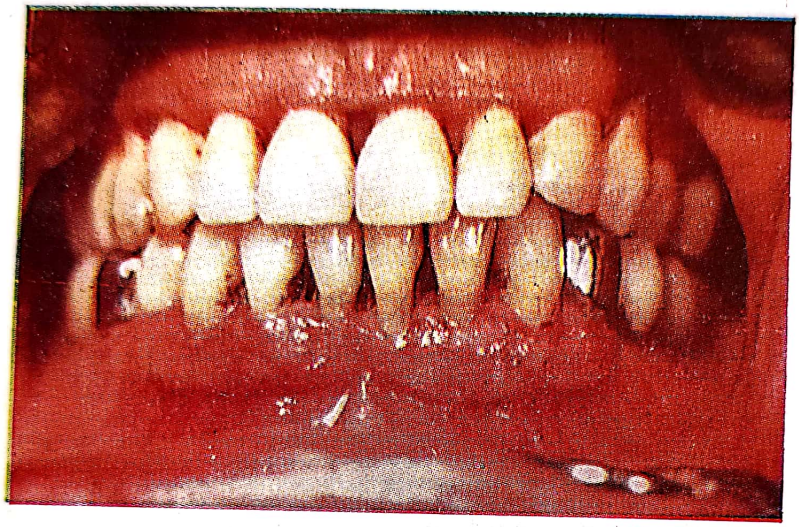
B

C

Scanned with OKEN Scanner



D



E

Fișa nr. 68 prezintă parodontopatia esențială evolutivă, înainte și după operație. Op.A., 37 de ani, ingineră chimistă. Vine la consultație pe data de 22.XI.1971, pentru manifestări supurative grave ale gingiei, pe care le-a observat de circa 4 ani. Sîngerări ale mucoasei gingivale la cea mai mică atingere, ca și la masticație și periaj. Mobilitate odontală relativ accentuată, cu deplasări migratorii ale unor elemente odontale, precum și un miros foarte fetid al gurii, care persistă chiar și după cea mai atentă igienă bucală.

Examenul general pre-operator

În antecedentele ereditare — existența manifestărilor parodontopatice — mama; hipertensiune arterială — tatăl; pacienta a trăit o viață plină de traume **stress**-ante, surmenaj psihic și fizic prin activitate suprasolicitantă. La examenul neurologic — surexcitabilitate, Chvostek accentuat; calcemia 9,1 mg%.

Examen parodontologic

Imaginile A și B — parodontal — aspectul tipic de gingivită disbiotrofică parodontopatică esențială evolutivă. Mucoasa gingivală inflamată și edemațiată, sîngerîndă ușor la explorări minime; pungi pioreice pline cu secreție purulentă fetidă și țesut de granulație (caractere ale unui proces cronic evolutiv, care dăinuie de mulți ani). **Odontal:** migrări odontale, mobilitate, lipsurile

completate prin proteze conjuncte din viplă. **Foetor ex ore,** foarte accentuat și caracteristic parodontopatiei esențiale.

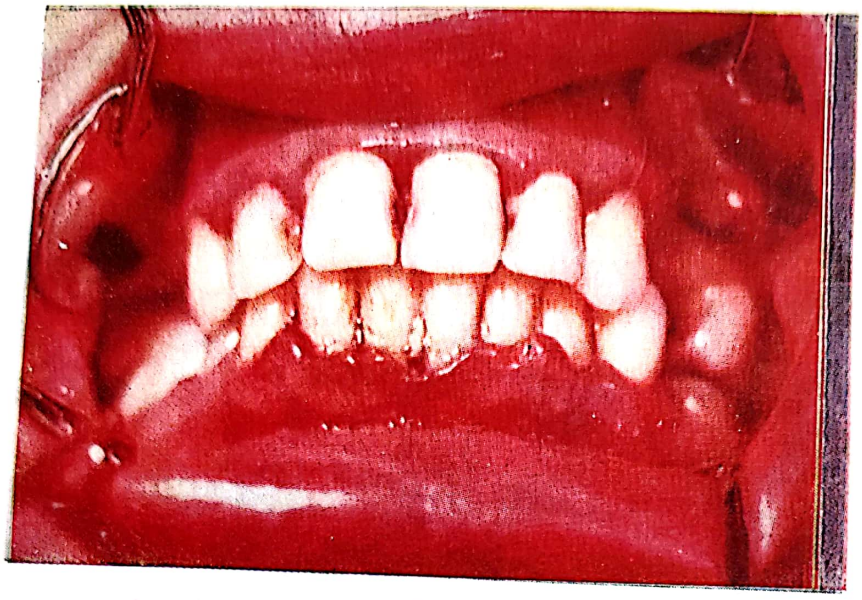
Imaginea C — bilanțul imaginilor radiografice, care demonstrează că procesul disbiotrofic osteo-alveolar se află în stadiul III și III spre IV.

Imaginea D — graficul parodontopatic esențial.

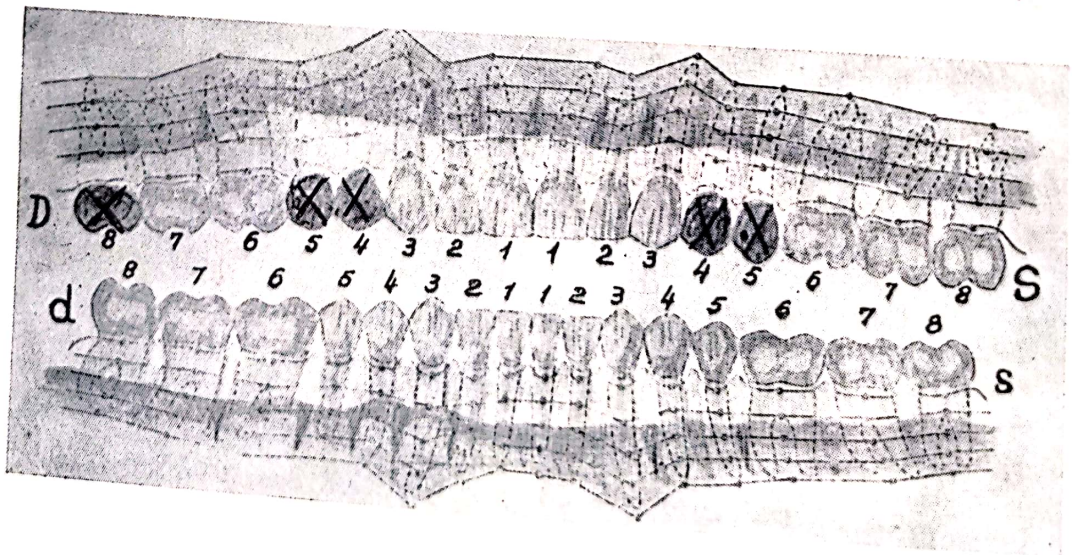
Imaginea E — aspectul arcadelor la controlul postoperator după 1 an și jumătate.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 69

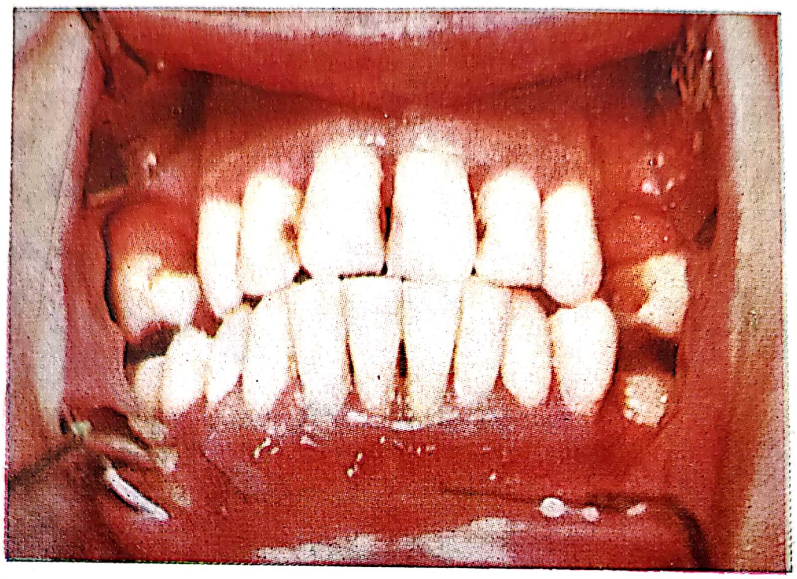


A



B

Scanned with OKEN Scanner



C

Fișa nr. 69 prezintă parodontopatia esențială evolutivă stadiul II și II spre III; înainte și după operație.

Cu tot aspectul dramatic gingivo-alveolar, constatăm: absența reacției ganglionare regionale, absența febrei și durerilor atribuite procesului inflamator parodontal; VSH 7/9, leucograma 7600 leucocite; tensiune arterială 13/7, glicemia 0,91 mg%.

Imaginea A — aspectul clinic al mucoasei gingivale și al papilelor interodontale, în special pe arcada mandibulară, foarte hipertrofiată, prin procesul supurativ din pungile pioreice odonto-gingivo-alveolare.

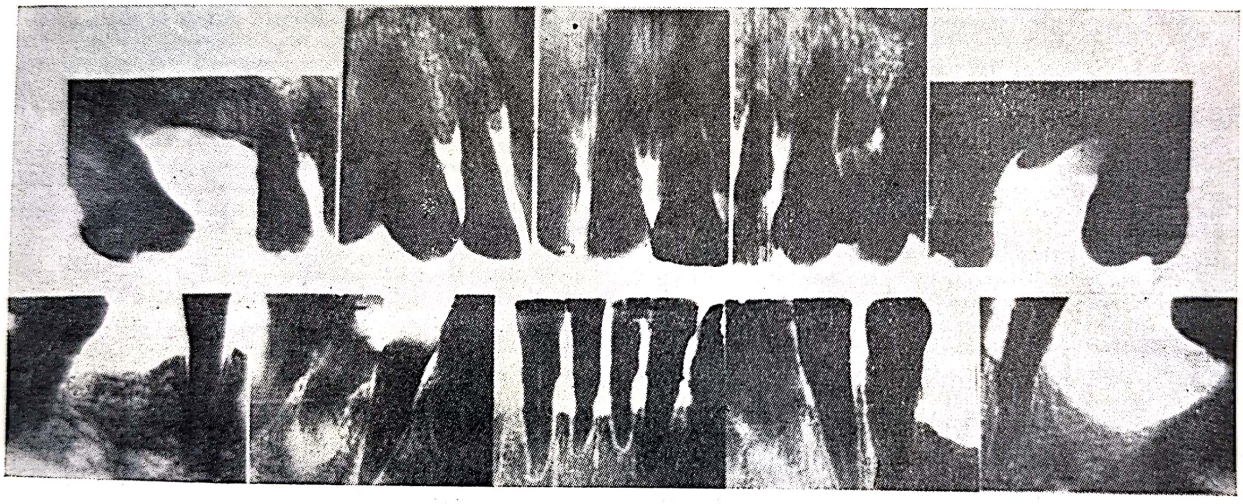
Imaginea B — aspectul graficului parodontopatic esențial, în stadiile II și II spre III, realizat după imaginile radiografice ale sistemului odonto-osteo-alveolar al ambelor arcade (semnele x aplicate pe grafic indică lipsa elementelor odontale din arcade).

Imaginea C — aspectul clinic realizat și fotografiat la 3 ani după operație.

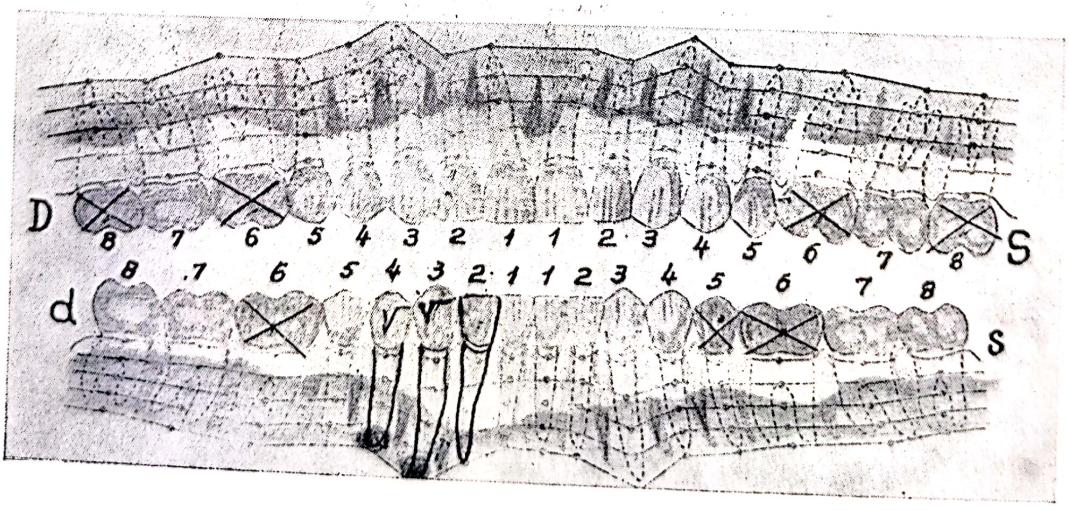
Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 70

A



B



C

Scanned with OKEN Scanner

D

Fișa nr. 70 prezintă parodontopatia esențială evolutivă, stadiul II, II spre III și III spre IV, înainte și după tratament.

Imaginea A — aspect de hipertrofie a mucoasei gingivale, prin proces de hiperplazie celulară, care, așa cum se remarcă la nivelul zonei 21—22, debordează din pungile pioreice corespunzătoare, pungi care, pe restul ambelor arcade, sînt pline cu un produs pioreic foarte fetid. Din cauza procesului evoluat, care este mult mai grav decît apare pe aceste imagini, fiind mascat de hipertrofia marginală a mucoasei gingivale, aflîndu-se radiologic în stadiile II, II spre III și pe alocuri III spre IV, elementele odontale în unele zone, pe lîngă deplasări migratorii, prezintă și fenomene de mobilitate, care îngrijorează obsedant pacientul.

Imaginea B — aspectul imaginilor radiografice, care ne arată stadiile grave, adică realitatea alveolitică a procesului disbiotrofic în care se află sistemul osteo-alveolar. De asemenea, pe aceste imagini depistăm și două focare periapicale (granuloame), la nivelul elementelor 43 și 44, care au fost rezolvate terapeutic înaintea actelor operatorii pentru procesele parodontopatice esențiale.

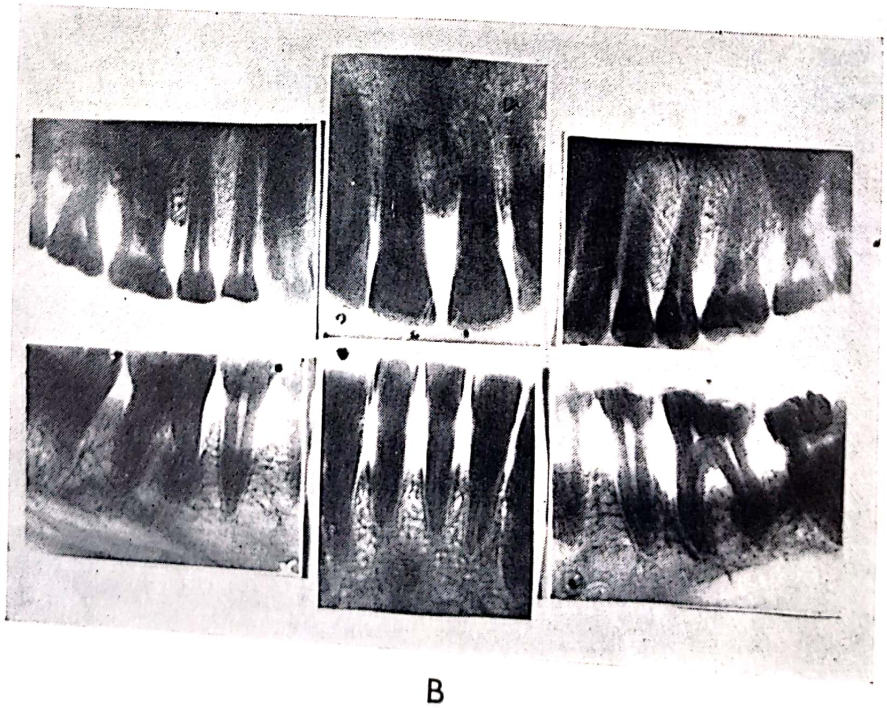
Imaginea C — schema graficului parodontopatic esențial, întocmit după aspectele radiografice din B. De asemenea sînt marcate și septurile în care au fost introduși biostimulatorii.

Imaginea D — aspectul clinic după operație și după ce s-a rezolvat și problema protetică de restaurare a lipsurilor odontale și a reechilibrării ocluziei (prin protezele respective — fixe, din aur), care fusese depistată preoperator, mult dereglată prin evoluția procesului «esențial» evolutiv.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 71

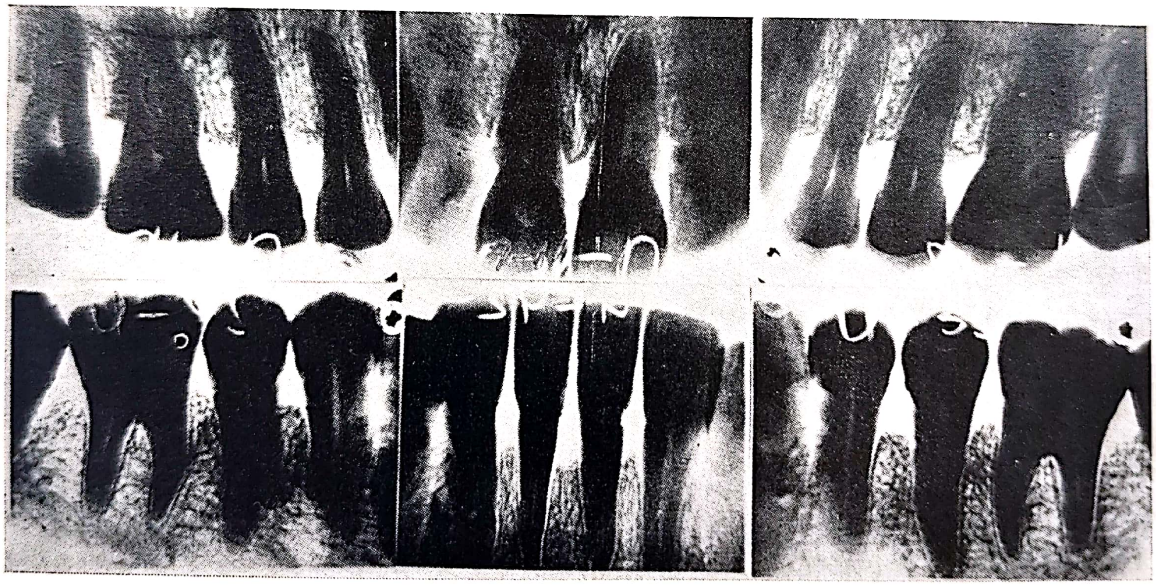
A



B

Scanned with OKEN Scanner

C



D

Fișa nr. 71 prezintă parodontopatia esențială evolutivă, înainte și după tratament. U.C., 27 de ani, inginer. Vine pe data de 16. V. 1957, pentru manifestări gingivale foarte grave — inflamatorii, ulcerosupurative, cu sîngerare la cele mai ușoare atingeri, pungi pioreice, ușoară mobilitate odontală și **foetor ex ore** accentuat, care îi creează mari neplăceri în relațiile sociale ca și în activitatea sa. Tartru subgingival și la nivelul zonei frontalilor inferiori.

Examenul general înainte de operație

Hiperexcitabilitate, psihastenie, insomnii. Calcemia 10 mg%, calciu ionic — 4,1%, P — 3,1%, glicemia 1,2‰, colesterol 2,62‰, proteinemia 7,09%, VSH — 6/16, leucocite — 7 900 elemente. Absența reacției ganglionare loco-regionale.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul parodontologic

Imaginea A — aspect care vorbește de la sine. Ocluzie psalidodontă nu prezintă fenomene de inocluzie sau de dezechilibru ocluzo-articular (pe fotografia alăturată, voit a așezat dinții cap la cap, pentru expunere la fotografiat). Foetor foarte accentuat — de fermentație și carne în putrefacție.

Imaginea B — Aspectul radiografic al procesului disbiotrofic evolutiv, în stadiul I și II evolutiv.

Imaginea C — Aspectul arcadelor odonto-gingivale refotografiate cu ocazia controlului făcut pacientului în septembrie 1971, adică după 14 ani de la operație. Se poate constata un aspect concludent post-operator care vorbește de la sine.

Imaginea D — Aspectul radiografic al arcadelor parodontale după 12 ani de la operație. Evidentă recondensare a pereților osului alveolar, care se menține intact.

Tratamentul

După o pregătire locală preoperatorie, ca și generală, pacientul este supus operației. Rezultatul îl prezintă aspectul imaginei fotografice C. Dar pacientul este mereu revăzut anual, cu care ocazie de fiecare dată i se atrage atenția, ca de altfel la toți cei operați, să nu uite că gingiile sale au o hipotroficitate care obligă la o igienă bucală perfectă, atent supravegheată.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 72

b) Obiective radiologice

A B

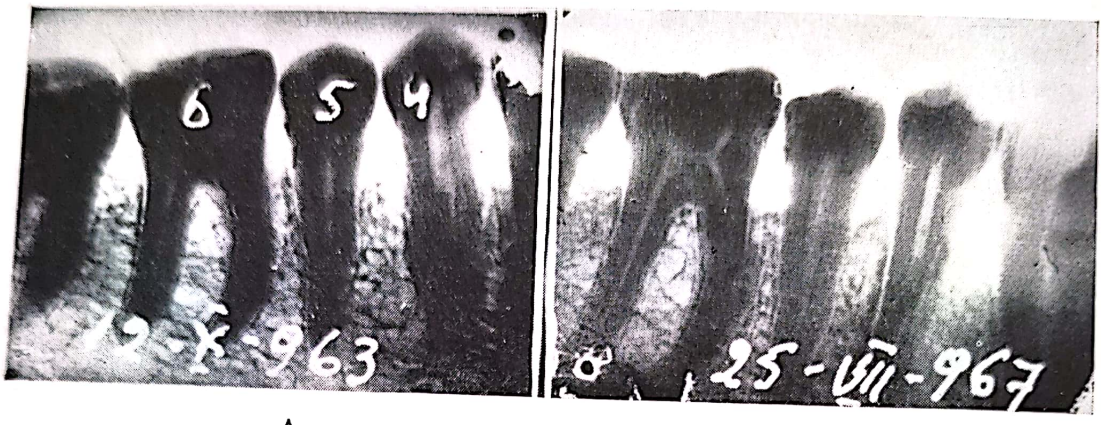
Fișa nr. 72 prezintă aspectul radiologic al fenomenului de recondensare a osului alveolar prin biostimulatori « Os-Minerale ».

Imaginea radiografică a zonei molarilor inferiori înainte de operație (imaginea A) și la aproximativ 3 ani după operație (imaginea B).

În septul inter-molar se constată depozit mineral depus în structura osului, prin apoziție minerală masivă. Această apoziție se face conform legilor fenomenelor biologiei implantului osos, atunci cînd el este introdus în masa osului în fenomene de osteoliză. Ele constau în liza implantului, **asimilarea** masei minerale și a **mutației** acestei mase asimilată în structura osului alveolar, care se găsește prin actul forării și al prezenței omo-implantului introdus în conduct, în **incitație specifică remineralizantă.**

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 73



A B

Fișa nr. 73 prezintă un aspect radiologic al fenomenului de recondensare a osului alveolar după operația prin biostimulatori din « Os-Minerale ».

Imagine cu aspect radiologic pre-operator (A) și la aproximativ 4 ani după operație (B). Aspect evident de recondensare delimitatorie a conturului osului alveolar.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 74

A

B

Fișa nr. 74 prezintă aspecte radiologice pre- și post-operatorii ale osului alveolar.

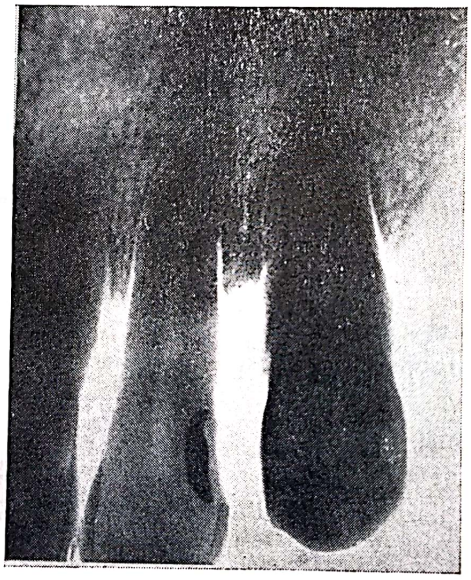
Imaginea A — aspectul preoperator al osului alveolar în zona 13—12—11—21, în proces disbiotrofic, stadiul III evolutiv.

Imaginea B — aceeași zonă, după 9 ani de la operație. Fenomene de recondensare ale suportului osos. Deși mai mult din jumătatea înălțimii osului alveolar era dispărută, totuși implantele au asigurat, în condiții optime, stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 75

A



B

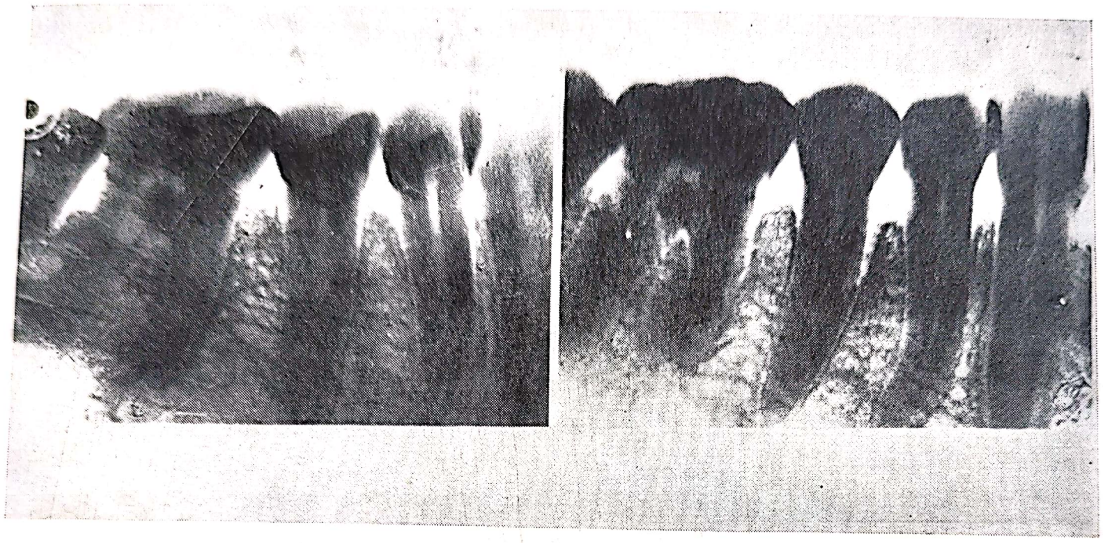
Fișa nr. 75 prezintă un aspect radiografic de recondensare a osului alveolar la 9 ani de la operație.

Imaginea A — aspectul zonei alveolo-odontale 21, 22, 23, în proces disbiotrofic evolutiv, stadiul II spre III, înainte de operație.

Imaginea B — aspectul de evidentă și concludentă recondensare osteo-alveolară, constatată la 9 ani de la operație, fenomen ce a asigurat stabilitatea statică și funcțională a elementelor odontale și care după acest îndelungat interval, îi găsim cu o astfel de fixitate, încît a permis folosirea acestora ca stîlpi de punți protetice restauratorii.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 76



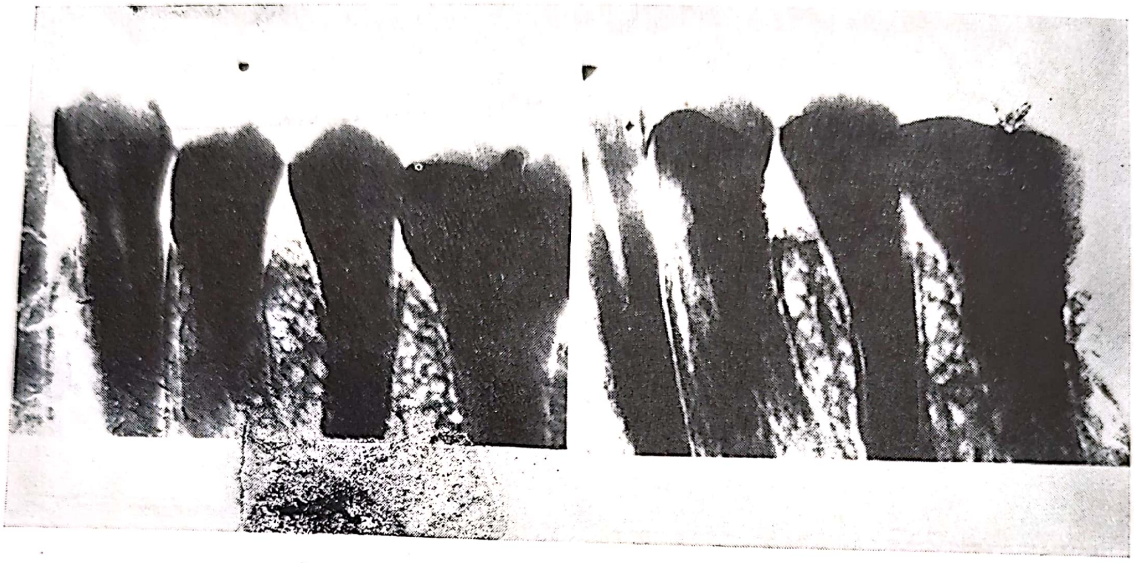
A B

Fișa nr. 76 **prezintă un aspect radiografic de recondensare a osului alveolar, la controlul radiografic după 2 $^1/_2$ ani de la operație** (zona mandibulară).

A. Înainte de operație. B — după operație

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 77



A B

Fișa nr. 77 prezintă un aspect radiografic de recondensare a osului alveolar la controlul radiografic după 2 $^1/_2$ ani de la operație (zona maxilară).

A — înainte de operație. B — după operație.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 78

A

B

Fișa nr. 78 prezintă un aspect comparativ osteo-alveolar pre- și postoperator a septurilor în care au fost introduși biostimulatori din « Os-Minerale », în raport cu septul distal în care nu s-a putut fora conductul și introduce biostimulatorul.

Imaginea A — zona mandibulară a unui grup alveolo-odontal premolaro-molar 44, 45, 46, 47, cu aspect evident disbiotrofic evolutiv în stadiul II, al osului alveolar.

Imaginea B — aceeași zonă, la interval de aproximativ 3 ani de la operație. Studiat aspectul acestei imagini constatăm două fenomene bine distincte între ele: primul fenomen este cel al recondensării și definirii contururilor septurilor osului alveolar între 44—45 și 45—46; al doilea fenomen îl constituie aspectul comparativ al fenomenelor de recondensare, realizat între septurile de mai sus, în care prin actul operator s-au introdus biostimulatori de omo-implante din «Os-Minerale» și septul dintre 46 și 47, care nu prezintă aspectul fenomenului de recondensare, deoarece din cauza orificiului bucal prea mic, el nu a putut fi abordat pentru a se fora în el

Scanned with OKEN Scanner

și a se introduce biostimulatorul. Astfel că, acest sept a fost doar asanat de țesuturile patologice disbiotrofice (primul timp al operației), după care s-au repus lambourile la loc.

Pe această imagine radiografică se remarcă evident prin comparație, cum septurile în care s-au introdus biostimulatorii au beneficiat de fenomenul de recondensare și cum la nivelul septului distal, fenomenul recondensării osului alveolar nu a avut loc.

Aceste fenomene evident distincte între ele, **ne demonstrează concludent rolul remineralizant și de recondensare a biostimulatorilor de « Os-Minerale », atunci cînd aceștia sînt introduși în grosimea septurilor interalveolare.**

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 79

c) Obiective biologice

	Calcemie preoperatorie	Calcemie după operație alveolară	Data operației complementare	Calcemie după operație complementară
1. D 36 de ani	7,88%	9,60%	14.IV.1951	12.V.1951 = 10%
2. D.C. 29 de ani	7,80%	9,82%	16.III.1951	10.IV.1951 = 10,77% 25.IV.1952 = 11%
3. Al.M. 44 de ani	7,4%	8,60%	20.IV.1954	1.VI.1954 = 9,2% 26.VIII.1954 = 9,7%
4. G.V. 47 de ani	7%	8,4%	2.VII.1954	31.VIII.1954 = 8,8% 20.IX.1954 = 9,32%
5. V.V. 37 de ani	7,2%	8,8%	10.III.1955	6.V.1955 = 9,85%
6. S.L. 27 de ani	8%	9,10%	16.III.1952	25.IV.1952 = 9,85% 13.VIII.1952 = 10,15%

Fișa nr. 79 prezintă cîteva exemple de stări hipocalcemice în manifestările parodontopatice esențiale.

Studiat acest tabel, se pot constata, în primul rînd, în prima coloană, existența stărilor hipocalcemice, uneori foarte grave în tabloul manifestărilor parodontopatiei esențiale, și, în al doilea rînd, în coloanele următoare, cum demonstrăm redresarea acestor stări hipocalcemice prin biostimulatorii introduși prin actele operatorii în septurile interalveolare (fără alt tratament de recalcificare), coloana a II-a; și în ultima coloană demonstrăm, în raport cu prima coloană, fenomenul concludent cum s-a redresat starea hipocalcemică (fără alt medicament de recalcificare) numai prin biostimulatori « Os-Minerale », masiv introduși suprapubian (femei) sau prestern-nal (bărbați). A se vedea capitolul respectiv din lucrarea « Parodontopatia esențială ».

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 5

Cîteva considerații de ordin protetic în completarea tratamentului chirurgical al aspectelor parodontopatiei esențiale cu edentații parțiale terminale și intercalate

Capitolul rezolvării protetice — atunci cînd parodontopatul, prin evoluția procesului său distrofic gingivo-osteo-alveolar, a ajuns în situația să prezinte unele edentații parțiale, mai reduse sau mai grave. — în principiu, pentru rezolvare, revine disciplinei sau serviciilor profilate pe probleme de ortopedie odontală. Practic, însă așa cum de altfel preconizăm în activitatea noastră, credem că este mult mai judicios ca acestea să fie rezolvate în serviciile parodontologice, considerații care, unele dintre ele, într-o formă rezumativă, vor fi expuse mai jos.

Cînd un parodontopat prezintă o edentație parțială, de tipul celor latero-terminale sau termino-terminale, sîntem și noi de acord, ca de altfel toată lumea specialiștilor, că numai prin **proteza adjunctă,** indiferent de sistem sau materialul din care este confecționată, ca aceasta să fie rezolvată. Cînd însă eventualitatea cazuistică face ca să constatăm o edentație parțială și intercalată, din experiența noastră, bazată și pe criterii de ordin biologic, odontologic ca și de tehnologie protetică, considerăm că lucrurile trebuie bine gîndite și analizate, atunci cînd se pune problema restaurărilor morfo-funcționale a arcadelor odontale.

În primul rînd, opinăm că mai ales aceste cazuri trebuie cu precădere rezolvate de către parodontologul care a operat și îngrijit starea parodontopatică esențială, deoarece numai el, care prin actul operației, decolînd lambourile parodontale, a putut **de visu** să-și dea seama ce porțiune intra-alveolară din segmentul radicular mai există încă și poate să indice, să hotărască sau personal să execute, cel mai adecvat sistem protetic. Nimeni altul nu o va putea face cu aceeași competență și eficiență.

Scanned with OKEN Scanner

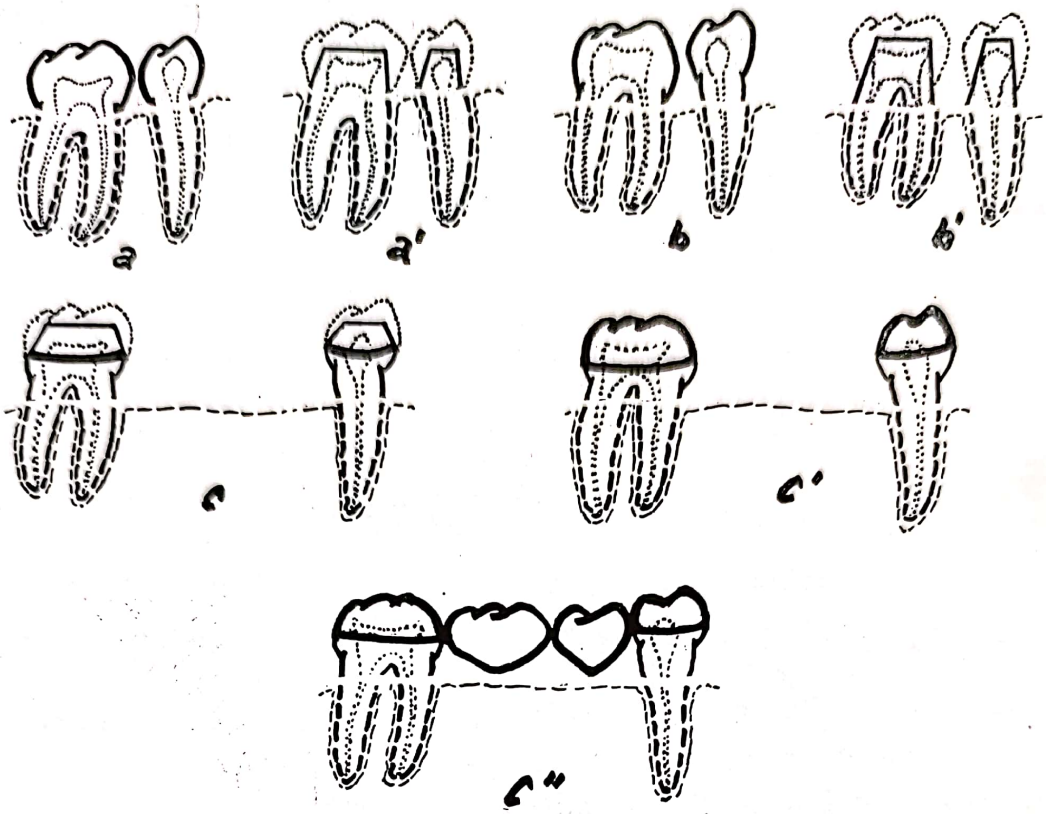
În al doilea rînd — vorbind de situația în care, după aproximativ 4 luni, prin efectele actelor operatorii, desăvîrșindu-se fenomenele de apoziție minerală în structura osoasă a parodontului, s-a realizat o recondensare a suporturilor odontale, în așa fel încît să creeze certitudinea unor piloni odontali cu stabilitate statică și funcțională satisfăcătoare — deși mulți specialiști preconizează pe scară largă sistemul protetic scheletat (din metale nobile, seminobile, sau crom-cobalt), iar alții proteze parțiale acrilice, noi recomandăm, pe baza a o serie de criterii, **sistemul protezării fixe**, ca cel mai indicat și eficient.

Proteza fixă, indiferent că se confecționează din aur platinat, paliag, crom-cobalt etc. recomandăm să fie efectuată în special în aspectele cu dezgolire pronunțată a elementelor odontale (fișa 80 b, b', c, c', c'') prin elemente de agregare conjuncte NU de tipul celor obișnuite, ci **prin coroane ecuatoriale** cu elemente intermediare de completare, masivi, cupe, casete etc., tip pontopin, adică cu contact punctiform asupra crestei gingivo-osoase.

Argumentele acestei modalități de rezolvare protetică fixă sînt multiple, ele datorîndu-se cîtorva factori preponderenți. Primul este de natură patologică. Datorită procesului disbiotrofic evolutiv care a distrus prin liză și osteită un segment mai mare sau mai mic din înălțimea peretelui osteo-alveolar duce la desbrăcarea segmentului odontal radicular, în proporția corespunzătoare (fișa 80 b și b'). Al doilea factor constă în morfologia odontală, care este reprezentat de aspectul și forma tuberoasă sau globuloasă a segmentului coronar al elementului odontal și care datorită fenomenelor evolutive disbiotrofice au dus la dezbrăcarea de la colet spre apex, a segmentului radicular respectiv. Acest aspect morfo-odontal al segmentului coronar este și mai pronunțat după actele operatorii, adică după ce au fost îndepărtate țesuturile patologice din focare și după ce, lambourile repuse la locul lor, s-a realizat vindecarea plăgii operatorii prin coalescența lor periodontal. Din cauza reducerii importante a perimetrului segmentului radicular în raport cu circumferința segmentului coronar, acesta din urmă apare mult mai globulos decît în starea normală, în care, parodontul îmbrăcînd segmentul coronar pînă sub marginea smalțului, pregătirile de bonturi în vederea fixării pe ele a elementelor de agregare conjuncte, sînt mult mai reduse și mai simplu de executat.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘA NR. 80



Fișa nr. 80 prezintă unele aspecte, în schemă, morfo-odontale normale și după parodontopatia esențială, raportate la principiile protetice conjuncte.

a și a' — elemente odontale normale și după șlefuirea bonturilor;

b și b' — elemente odontale parodontopatice și după pregătirea bonturilor respective;

c — bonturi și schema circumferențială cu pragul respectiv;

c' — elemente conjuncte ecuatoriale;

c'' — coroanele ecuatoriale cu corpul de puncte respectiv.

Pregătirea unui bont prin șlefuirea unei astfel de forme globuloase, ca urmare a fenomenelor patologice și actelor operatorii, în vederea adaptării perfecte a unui element de agregare conjunct, presupune 3 categorii de implicații, una mai laborioasă și mai complicată decît alta:

a) În primul rînd actul șlefuirii pentru pregătirea corectă a bontului la un astfel de element odontal, deosebit de globulos, cere foarte mult timp pînă ce toate formele globuloase și tuberozitățile segmentului coronar arătat mai sus, în schemele morfo-odontale, sînt reduse la suprafețe plane care să fie în continuarea coletului odontal;

b) nu ar fi posibil, ca prin actul unei astfel de pregătiri a bonturilor, pulpa odontală să fie menajată în vitalitatea ei (fișa 80—b') ceea ce ar impune implicit devitalizarea, act care complică mult durata de tratament, nemaivorbind de unele riscuri periapicale ale depulpării, indiferent cît de corect și aseptic ar fi ea executată;

c) este greu de conceput că o mucoasă gingivală care a manifestat în tabloul parodontopatic esențial procese evidente de hipotroficitate ar rămîne « indiferentă » față chiar de minimele iritații pe care i le-ar provoca un element de agregare conjunct adaptat și cimentat pe un astfel de bont pînă la nivelul spațiului gingivo-alveolo-odontal, cu o margine oricît de bizotată și corect șlefuită.

Scanned with OKEN Scanner

Sînt considerații preponderente care impun această modalitate de rezolvare, lăsînd deoparte reacțiile de intoleranță față de proprietățile metalului din care este prelucrat elementul de agregare, reacția față de acțiunea iritativă acrilică asupra vitalității gingivale diminuate, acțiunea microcurenților electrici între structura moleculară a metalului și mediul osmotic al țesuturilor periodontale etc.

Asemenea probleme impun criterii judicioase la alegerea confecționării elementelor de agregare conjuncte, de tip ecuatorial turnate cu ocluzie și puncte de contact dirijate (fișa 80 c, c', c''), fie din aur, fie din paliag, fie din crom-cobalt, sau alte metale, care s-ar preta la astfel de lucrări protetice. Asemenea cape, cimentate pe bonturi meticulos pregătite, acoperind aproximativ o treime din forma globuloasă a segmentului coronar, ale cărui margini se opresc pe un prag circumferențial, pe forma segmentului coronarian, le considerăm ideale pentru rezolvarea unor astfel de aspecte. Ideal, deoarece acest element conjunct va avea marginile mult îndepărtate de conturul marginal al mucoasei gingivale, care a fost stigmatizată de fenomenele disbiotroficității maladiei esențiale, favorizînd în acest mod prevenirea unor noi leziuni prin iritații provocate de contactul cu marginea sa.

Rezolvînd și completînd în acest mod și după asemenea criterii problemele restaurării aspectelor cu edentații parțiale și intercalate, avem convingerea că aceasta reprezintă modalitatea protetică cea mai eficientă, deoarece:

— este corelată cu fondul etiopatogenic și patologic al fenomenelor disbiotrofice esențiale, care au provocat asemenea edentații intercalate;

— reduce la maximum munca de șlefuire și pregătire a bonturilor pentru elementele conjuncte protetice;

— menajează la maximum conturul marginal al mucoasei gingivale, precum și al osului alveolar subiacent;

— prin aceasta se previn leziunile prin iritare sau chiar mortificare a organului pulpar odontal, fapt care ar expune la unele implicații terapeutice imediate, precum și la unele complicații în timp la nivelul pulpei odontale, ceea ce ar crea grave neplăceri nu numai celui în cauză, dar și medicului care a executat protezarea, scăpîndu-i neobservate asemenea implicații.

Confecționarea pe bonturile piloni de punți a acestor coroane sub forme de cape, corect modelate și turnate, completarea distanțelor dintre piloni cu corpuri de punte tip pontopin (fișa 80 c'') adică cu atingerea numai punctiform a crestei gingivo-osoase, considerăm că constituie un nou pas în orientarea pe care o realizează contribuția noastră în parodontologie.

În încheiere ținem să subliniem că în cele expuse mai sus nu am insistat prea mult asupra detaliilor de ordin tehnic, deoarece tehnologia protetică odontală aparține cu precădere ortopediei odontale. Noi am redus cele expuse numai la unele considerații care să folosească parodontologilor la orientarea preocupărilor lor în rezolvarea și completarea terapiei prin actele chirurgicale ale edentațiilor parțiale și intercalate de natură parodontopatică esențială.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA A IV-a

Mesaj colegial adresat tuturor confraților cu preocupări parodontologice

Scanned with OKEN Scanner

Un colegial mesaj

adresat tuturor forurilor și confraților preocupați cu studii științifice și modalități de asistență pentru rezolvarea problemelor parodontologice

Manifestările parodontopatice, prin incidența lor excesiv de crescută, prin complexitatea și gravitatea aspectelor sub care se întîlnesc, precum și prin implicațiile multiple și uneori suficient de grave pe care le creează celor în cauză, au devenit, în zilele noastre, un adevărat **flagel medico-social** deosebit de îngrijorător.

Aceste considerente au impus forurilor de specialitate din toată lumea să acorde acestor manifestări, preocupări cu totul speciale, atît de cercetare a cauzelor și fenomenelor patologice respective, cît mai ales de găsire a celor mai corespunzătoare modalități de rezolvare a unei asistențe terapeutice eficiente.

Pe principiul acelorași preocupări de studii și cercetare, precum și ca urmare a experienței noastre, întocmim acest referat, pentru a informa pe toți cei care consacră preocupări asidue problemelor parodontologice, despre modesta noastră contribuție în acest domeniu. Această contribuție constă în noua orientare parodontologică pe care, printr-o muncă de peste 30 de ani, am realizat-o, am verificat-o experimental pe o cauzuistică de cîteva mii de cazuri și pe care o practicăm pentru asistența manifestărilor parodontopatice, în mod curent, cu rezultatele cele mai satisfăcătoare, de remediere a diverselor stări patologice ale parodontului.

Întocmind acest modest referat — mesaj de informare — am dori ca prin el să reușim, cît de cît, să lămurim științific și practic pe toți confrații preocupați cu problemele parodontopatiilor, făcîndu-i să vadă că lucrurile stau altfel de cum se știe și se practică, pentru ca astfel să-i facem să evadeze din rigorile « **canoanelor clasice localiciste** » asupra acestor probleme care, astăzi datorită evoluției vertiginoase a științelor, în general, și a celor medicale și stomatologice, în special, se găsesc mult depășite.

Scanned with OKEN Scanner

Concepția noastră, prin teoria ei de interpretare, teorie care, pe de o parte, este corelată științific cu realitățile proceselor patologice ale parodontului, iar pe de altă parte, pe baza acestei interpretări, prin crearea și punerea în practică a metodei noastre operatorii — pe bază de biostimulatori « Os-Minerale », realizînd rezultate terapeutice eficiente, concret demonstrabile prin elemente clinice, radiologice și biologice — deschide o nouă orientare în acest vast și complex domeniu, fapt care a făcut ca unele foruri prestigioase de stomatologie și parodontologie internaționale, luînd cunoștință, în diverse ocazii, de parametrii ei, să o aprecieze în mod cu totul deosebit — chiar « revoluționară ».

Așa cum se știe deja asupra acestei probleme, din cele afirmate în lucrările elaborate de unele foruri și personalități de înaltă competență internațională, peste 50% din omenire ar suferi, la ora actuală, de afecțiuni parodontale. Afecțiuni care, prin derivarea de la noțiunea morfo-funcțională « Parodont » (fișa nr. 7) sînt etichetate cu diverse denumiri ca: pioree gingivo-alveolară (Fauchard), polialveoliză (Fargin-Fayolle), paradentoze și paradentite (Weski), periodontită (Orban), odontoză, amfodontoză, desmodontoză, parodontopatie (Jaccrad și Held), **periodontal disease** (în denumirile specialiștilor S.U.A.) etc.

Astfel, problemele de confruntare între concepții se impun și prin aceste denumiri neconcludente.

Chiar de la început ținem să subliniem faptul că și prin atribuirea unor astfel de etichetări sau denumiri, manifestărilor apărute în conformația parodontului, de majoritatea autorilor, se comite o regretabilă confuzie. Această confuzie se datorește faptului că denumirile sînt atribuite într-un mod general mult arbitrar și nu diversificat. Adică, nu se face o sistematizare și o denumire a fiecărei stări patologice, după leziunile și aspectele de manifestare, care să fie întocmite pe baza unui discernămînt clinic, radiologic, biologic etc. Nu, căci specialiștii, copleșiți de îndatoririle lor cotidiene, precum și influențați de o rutină comodă « crede și nu cerceta », și-au însușit aceste denumiri și le practică, fără să reflecteze, așa cum vom arăta mai jos, ce implicații pot aduce asemenea etichetări neconcludente sub aspect interpretativ, atunci cînd sînt urmate de abateri de la realitățile morfo-fiziologice și patologice ale parodontului. Creîndu-se astfel de confuzii de interpretare, fără să-și dea seama, cei mai mulți se vor îndepărta de foarte multe ori de la pista cea mai indicată, la ceea ce privește modalitățile de tratament. Pentru a demonstra cele afirmate, vom prezenta un exemplu elementar, care însă așa cum se va vedea, are o deosebită importanță sub multiple aspecte: acesta este indicele parodontopatic. Procentajul de incidență parodontopatică, atît de crescut, menționat mai sus, impresionează. Greșeala care se comite în stabilirea și enunțarea unei astfel de morbidități se datorește tocmai ignorării acelui fundamental principiu al discernămîntului, obligator de a fi practicat aici, ca și în preocupările științelor medicale în general. Căci odată folosit acest principiu, lesne vom constata că, morbiditatea parodontopatică

Scanned with OKEN Scanner

atît de complexă ca aspecte, se prezintă mult mai simplificată și concludentă. Preconizînd o extrapolare a fenomenelor patologice parodontale, cu patologia tumorală, sîntem în măsură să subliniem că, așa cum în patologia tumorală azi, deși despre procese tumorale este vorba, nu dăinuie nici o confuzie de interpretare între tumorile cu caractere benigne și cele maligne, tot așa și în complexitatea manifestărilor parodontopatice nu trebuie să existe o confuzie, atît în ceea ce privește denumirea, cît și interpretarea, mai ales între formele cu aspecte elementare și banale, fie gingivitice, fie osteitice sau alveolitice etc., legate de cauze cunoscute, deseori foarte sporadice și cele cu caractere grave, ale căror cauze constituie încă probleme cu multe enigme. Pe baza acestui principiu, vom constata, nu cu mari dificultăți, că din acest indice parodontopatic crescut, dar prea arbitrat stabilit, enunțat mai sus, în consensul concepției noastre, pe baza unui experiment practic făcut prin examene investigatorii în masă, la persoane diferite ca sex, vîrstă, nivel special, ocupații etc. că, în afară de foarte numeroase dar neimportante aspecte gingivitice banale, precum și dezgoliri și mobilități odontale prin fenomene atrofice involutive ale inevitabilei senescențe, în afara unor manifestări provocate prin purtarea unor proteze defectuoase etc., care nu prezintă probleme prea deosebite, se reliefează în mod suficient de îngrijorător într-o proporție de 17—20%, o formă parodontopatică cu totul particulară. Această formă de manifestare, în raport cu formele « simptomatice » legate de cauze multiple și variate dar cunoscute, prin caracterele leziunilor și manifestărilor sale disbiotrofice evolutive patognomonice, din multiple considerații, atît etiopatogenice, încă cu multe enigme și ipoteze, cît și anatomo-clinice, biofiziologice și radiologice, noi o denumim parodontopatie esențială. Aceasta este forma parodontopatică care reprezintă, în concepția noastră, însăși adevărata și complexa maladie a parodontului, căreia i-am consacrat, timp de peste 30 de ani, cea mai mare parte din activitatea noastră, atît pentru preocupări de cercetare, interpretare și sistematizare, cît mai ales de rezolvare terapeutică, fie curativ, fie preventiv.

Considerații de confruntare asupra concepției clasice « localiciste »

Concepție bazată pe rolul etiologic al factorilor locali buco-odontali:
factorul iritativ prin tartru dentar;
factorul microtraumatismelor prin defecte ocluzale, protetice sau neuropatice;
factorul inflamației prin plăci bacteriene și alte stări inflamatorii sau toxi-inflamatorii ale mediului bucal.

Chiar de la începutul activității noastre de studii și cercetare relativ la ceea ce se știa asupra parodontului și a patologiei sale (1937), ni s-a părut, am intuit, ca preocupările stomatologilor în problemele acestui domeniu, pe plan științific, nu se găseau orientate și fundamentate pe cele mai judicioase premize de investigații, care să fie corect corelate cu realitățile patologice respective. De asemenea ne-am

Scanned with OKEN Scanner

dat seama că acești confrați, pornind de la asemenea date de interpretare a fenomenelor patologice, aplicau într-un mod arbitrar diverse metode de tratament care, deseori, se soldau cu regretabile eșecuri și grave dezamăgiri.

De asemenea, ni s-a părut că elementele pe care se baza concepția localicistă, concepție susținută și apărută chiar și în zilele noastre, de unele cercuri de parodontologi, din țări cu un nivel înalt de cercetare medicală și stomatologică, atît europene cît și americane, nu-și puteau justifica temeinicia lor. Nu, deoarece concepția localicistă, prin elementele pe care se bazează, nu rezistă la o analiză științifică confruntată cu practica teoriilor sale. Această neconcludență se datorește folosirii a trei categorii de considerații principale, fiecare avînd criterii foarte discutabile ca valoare științifică și practică.

Mai întîi, această neconcludență, după părerea noastră, se datorește faptului că criteriile ei de interpretare a procesului patologic parodontopatic ignorează principiul discernămîntului de interpretare și sistematizare a complexității fenomenelor patologice, pentru a stabili în mod diferențiat și concludent — pe baza elementelor etiopatogenice, anatomo-clinice, histopatologice, biologice și mai ales radiologice — care sînt forme « simptomatice » și care sînt « esențiale ». Aceasta fiind necesară pentru a se ști practic și chiar de la început, ce atitudine sau modalitate de tratament trebuie să se aplice pentru fiecare aspect sau formă parodontopatică.

În al doilea rînd, concepția « localicistă » se axează pe elemente cauzale locale buco-odontale, oricare ar fi forma de manifestare, fie ea « simptomatică », fie — și aici e eroarea — « esențială ». Printre acești factori etiologici, în concepția localicistă s-ar afla: acțiunea tartrului dentar ca factor iritativ asupra marginii mucoasei gingivale; dezechilibrul ocluzo-articular, ca și alte defecte fie funcționale, fie neuropatice, fie protetice etc., ca factori microtraumatici; precum și acțiunea factorului inflamator provenită fie prin neglijarea regulilor de igienă bucală, fie prin diverse stări inflamatorii sau toxi-inflamatorii, fie mai ales, cum susțin parodontologii americani, prin extinderea plăcii bacteriene de pe suprafața smalțului odontal spre parodontul marginal respectiv. Factorii organici generali, disfuncțiile endocrine, stările patologice organice și mai ales neuro-vegetative etc. în consensul acestei concepții, au un rol secundar, acela de agravare a leziunilor provocate de factorii locali menționați mai sus.

În al treilea rînd, ca urmare a acestei interpretări, deseori nejustificate și chiar greșite, se ajunge la unele implicații regretabile de ordin terapeutic. Regretabile, deoarece se ignorează și importanța celui de-al doilea principiu, aplicarea principiului eclectic metodologic de asistență. Datorită ignorării acestui principiu, se recurge la zeci și zeci de metode de tratament: mecanicoterapice, fizioterapice, medicamentoase, chirurgicale etc., din cele mai bizare, dintre care deseori unele sînt aplicate nu cu indicații stabilite științific, ci la întîmplare, sau mai bine zis, pe încercate, fără să se țină seama de elementele realității leziunii patologice a formei parodon-

Scanned with OKEN Scanner

topatice respective. De aici rezultă și atîtea insuccese terapeutice, deoarece nu s-a aplicat diferențiat modalitatea cea mai adecvată aspectului patologic corespunzător. Un parodontolog american, A. Lauritzen, în expunerea sa din cadrul lucrărilor « Journées françaises de parodontologie », din 29 noiembrie, 1970, de la Paris, aprecia cu drept cuvînt aceste teorii și metode localiciste, neconcludente și fără valoare terapeutică, cu un termen foarte potrivit, anume « sofisticate ».

Credem că ar fi timpul ca în epoca aceasta a zilelor noastre, a marilor realizări științifice, a energiei nucleare, a laserului, a explorărilor curajoase cosmice, a atîtor și atîtor cuceriri de biologie generală și genetică, în această epocă, cînd științele medicale au făcut pași gigantici în domeniul prevenirii și eradicării multor flagele care au decimat lumea de-a lungul secolelor, și așa mai departe, să considerăm de neconceput, ca numai în domeniul parodontologiei, prin ignorarea unor principii fundamentale, să se bată pasul pe loc.

Căci a se afirma, a se susține cu o argumentație de multe ori sofisticată, fără un eclectism terapeutic corelat realităților patologice, că periajul dentar (absolut necesar igienei bucale zilnice), fie el și metodic, că detartrajul, fie el și ultrasonic, că mutilarea arcadelor odontale prin decuspidare, așa-zisa șlefuire selectivă sau funcțională, că mutilarea, fără indicație eclectică, a mucoasei gingivale bolnave, inflamată și hipertrofiată printr-un proces cronic disbiotrofic evolutiv subiacent, că prin gingivectomie sau operația Neumann (vezi fișa nr. 42 B), că prin secționarea și degajarea frenului labio-vestibular, că prin aprofundarea vestibulului (vestibulo-plastii), că prin unele imobilizări prin legături, șine, gutiere etc. odontale, se pot realiza modalități logice de rezolvare terapeutică eficientă a manifestărilor parodontopatice esențiale, înseamnă a persevera în comiterea unor nepermise greșeli, despre care posteritatea nu prea îndepărtată va fi îndreptățită să zîmbească.

Și această problemă o considerăm un alt obiectiv al confruntării, care se impune a fi analizat, discutat și lămurit.

Pe baza vastei noastre experiențe, considerăm că a venit vremea, ca această rămînere în urmă să nu mai dăinuie. Nu, deoarece principiile biologiei organice sînt astăzi altele și mult mai științifice ca cele de pe timpul predecesorilor noștri, cărora le lipseau atîtea posibilități de investigare, prin probe și teste, și mai ales radiografia odontală, care cu precădere, ajută azi în mod hotărîtor la depistarea, în eventualitatea cînd există, în osul alveolar, a leziunii fundamentale și patognomonice, inclusiv deci și la definirea cadrului nosologic parodontopatic. Astăzi, aceste probe reprezintă un foarte prețios aport. Ele ne orientează precis să stabilim dacă o manifestare parodontopatică, prin caracterele ei evidențiabile, pe probe clinice, radiologice etc. aparține categoriei « simptomatice », deci provocată de multitudinea factorilor locali menționați mai sus, sau « esențială » în care, așa cum vom sublinia în capitolul următor, a intervenit etiopatogenic cu preponderență, o predis-

Scanned with OKEN Scanner

poziție genetică sau dobîndită a terenului organic, spre tot felul de stări patologice, care predispoziție este expusă sau supusă la tot pasul, prin condiții de viață sau activitate, la o serie de factori stress-anți mai lenți sau mai brutali. Asemenea factori de teren și stress-anți, pe releul activității neuro-vegetative, printre alte consecințe pe care ei le pot determina asupra structurii labile și susceptibile, din orice sistem din conformația organică, provoacă și la nivelul conformației marginale și structurii terminale neurovasculare ale arcadelor parodontale gingivo-alveolare, procese disbiotrofice, uneori mai discrete, alteori din cele mai dramatice, care definesc patognomonic tabloul parodontopatiei esențiale.

În ansamblul lor, teoriile concepției localiciste practicînd o regretabilă ignorare de principii, făcînd deseori confuzii între formele « esențiale » cu multe enigme și ipoteze, și cele « simptomatice », unde cauzele locale arătate mai sus au un rol determinant, desigur că se găsesc depășite. Aceasta se datorește faptului că elementele etiopatogenice locale, pe care se bazează aceste teorii, nu aprofundează problemele în toată complexitatea lor. Nu, deoarece ele se limitează doar la particularități patologice reduse la nivelul regiunii bucale uni- sau bisimptomatice locale, fie gingivitice, fie ocluzo-articulare, fie osteo-alveolitice etc., și nu se referă la complexitatea fenomenelor patologice ale întregului organism care, prin factorii predispozanți și determinanți de ordin organic, de multe ori se repercutează și la nivelul parodontului. Ceea ce face ca, pentru partizanii « localiciști », în raport cu factorii locali, pe care ei îi consideră determinanți ai leziunilor, asemenea factori organici să nu reprezinte altceva decît un fenomen agravant al manifestărilor patologice deja în evoluție, determinate de factorii locali buco-odontali. Aici se găsește locul deosebirii dintre concepția localicistă în comparație cu concepția noastră.

Desigur, că plecînd de la astfel de interpretări asupra leziunilor și manifestărilor patologiei parodontului, partizanii concepției « localiciste » vor recurge și la modalități de asistență nenumărate care, aplicate fără discernămînt și eclectism, de cele mai multe ori, nu vor fi în concordanță cu realitățile leziunilor patologice, tratînd leziuni « esențiale » drept « simptomatice » și invers. Ceea ce, implicit, va atrage deseori după ele și regretabile eșecuri și dezamăgiri celui în cauză.

În astfel de împrejurări, și pe baza acestor considerente succint analizate și expuse mai sus, vine în confruntare concepția « localicistă » cu concepția noastră, concepția care se axează și fundamentează pe rolul factorilor organici, iar ca modalitate de tratament, pe metoda noastră operatorie, care se bazează pe utilizarea cu redresanți, recondensatori și reechilibranți, a biostimulatorilor din « os minerale ».

Experiența în timp ne-a creat dovezi concludente că această contribuție care confruntă și înfruntă prin criterii științifice și practice elementele concepției localiciste, atît ca interpretare și sistematizare, cît și ca aplicare în mod corect, prin respectarea perfectă a desfășurării actelor operatorii, deschide o nouă orientare în preocupările de cercetare și aplicare practică ale științei parodontologice.

Scanned with OKEN Scanner

Concepția Osipov-Sinești și parametrii ei științifici și practici în confruntarea cu teoriile « localiciste »

Parametrul interpretării și sistematizării parodontopatiilor pe principiul discernămîntului anatomo-clinic și radiologic.

Parametrul sistematizării anatomo-patologice și radiologice a evoluției disbiotrofice.

Parametrul interpretării factorilor etio-patogenici predispozanți, favorizanți, stress-anți, determinanți și agravanți.

Parametrul sistematizării modalităților și metodelor de asistență pe principii eclectice.

Neconcludența științifică și practică a concepției « localiciste », expusă anterior, mulți ani de observare și de analiză clinică a cazurilor cu tot felul de manifestări parodontopatice, cercetarea și studierea acestui vast și complex material cazuistic, pe criterii anatomo-clinice, etiopatogenice, histopatologice și **mai ales,** studierea atentă a aspectelor radiografice ale parodontului normal și patologic, ne-au orientat preocupările spre formularea, inițial, a unor ipoteze, apoi spre jalonarea unor parametri care aveau cu timpul să constituie, în ansamblul lor, **bazele concepției noastre parodontologice.**

Concepția noastră, prin elementele prin care se caracterizează, în ansamblul ei, se situează, întrucîtva, așa cum vom demonstra, la **antipodul** concepției localiciste.

Am consacrat din activitatea noastră, timp de cîteva decenii, unor preocupări din cele mai intense, observării mai întîi a cazurilor întîlnite și examinate, iar pe baza **principiului de discernămînt,** clinic, anatomo-histo-patologic și radiologic, prin analiză și cercetarea interpretativă a fenomenelor patologice respective, **am realizat un prim și important parametru,** acela al unei **sistematizări** anatomo-clinice și radiologice, a manifestărilor parodontopatice **în categorii** bine conturate și încadrate nosologic. Apoi, pe fundalul acestei interpretări și sistematizări, **pe baza principiului eclectismului metodologic de asistență, am stabilit un alt parametru** și anume acela al unor **coordonate metodologice de asistență terapeutică,** aplicate nu la întîmplare, ci **în strînsă concordanță cu realitățile patologice respective,** adică, aplicînd pentru fiecare leziune, **cu manifestările ei specifice,** metoda cea mai indicată, deci și cea mai eficientă.

Astfel, pe principiul acestor criterii de observare și cercetare, a complexei patologii a parodontului am elaborat **o sistematizare** care constă într-o **diferențiere categorică** de ceea ce trebuie să se înțeleagă prin **parodontopatii secundare sau simptomatice** (cum sînt: gingivitele iritative tartrice, toxice, toxi-inflamatorii, leziunile microtraumatice prin defecte ocluzo-articulare, prin proteze defectuoase, prin

Scanned with OKEN Scanner

microtraumatisme nevrotice etc.) și ceea ce trebuie să se înțeleagă prin **parodontopatie esențială,** adică maladia propriu-zisă a parodontului, provocată de factori organici, asupra explicării și interpretării cărora dăinuie încă multe enigme și ipoteze.

Dacă prima categorie, cea « simptomatică », prin cunoașterea etiologiei leziunilor și manifestărilor respective, este simplu și elementar de tratat, doar prin îndepărtarea factorului cauzal și aplicarea, de cele mai multe ori, a unor elementare modalități de asistență locală, fie gingivală, fie odontală, a doua categorie, însă, cea « esențială », **prin complexitatea ei, deschide perspectivele unor variate și numeroase probleme, pline de subtilități și dificultăți.** Aceasta se datorește caracterelor ei de apariție, ca și de evoluție, pline de enigme și de ipoteze; de aceea o și denumim « esențială », ea avînd, totuși, la bază un **fond organic,** o predispoziție genetică labilă și susceptibilă la diverse stări patologice. Terenul organic, din cauza circumstanțelor anormale de viață și mai ales de activitate, incitat la tot pasul de multitudinea unor **factori stress-anți,** care vor brusca și dezechilibra activitatea neuro-vegetativă sau metabolică, va crea condiții favorizării apariției și evoluției unor procese din categoria **fenomenelor disbiotrofice evolutive,** cu elemente **patognomonice** (triada simptomatică) parodontopatiei esențiale (vezi fișele nr. 25, 28 și 29).

Această categorie « esențială » se diferențiază de celelalte parodontopatii nu numai prin caracterele ei lezionale și de manifestare, dar și prin modalitățile de tratament pe care le necesită, acestea fiind cu totul deosebite și mult mai complexe în raport cu cele ale categoriei « simptomatice ». Pe de o parte, aceste modalități sînt de **asistență generală** și medico-neuro-hormonale, iar, pe de altă parte, **locale, de ordin chirurgical,** concretizate prin metoda noastră **operatorie,** pe bază de biostimulatori « os minerale ».

Datorită acestor criterii, categoria « esențială » trebuie să o concepem nu numai ca pe o simplă categorie de sistematizare și interpretare, ci ca pe o **entitate nozologică bine definită,** adică **ca un sindrom anatomo-clinic de parodontopatie esențială,** care deschide și impune noi orizonturi și noi perspective de orientare și cercetare în acest vast și complex domeniu parodontologic.

Urmare acestor preocupări arătate mai sus, pe principiul **discernămîntului de cercetare, interpretare și sistematizare** a leziunilor și manifestărilor patologice de la nivelul parodontului, am încadrat aceste fenomene, sub aspect anatomoclinic, în primul rînd în două mari și bine distincte **categorii parodontopatice:** « simptomatice » și « esențiale »; apoi pe criterii anatomo-histopatologice și radiologice am sistematizat **evoluția procesului disbiotrofic parodontopatic esențial,** în **patru stadii evolutive** (vezi fișa nr. 24). În acest mod am realizat concludent parametrii de interpretare și sistematizare a bazei științifice a concepției noastre în domeniul acestei patologii, atît în formele « simptomatice », cît și în cele « esențiale ».

Scanned with OKEN Scanner

Conform concepției noastre, din punct de vedere etiopatogenic, **numai** formele « simptomatice » se datoresc factorilor locali, cele « esențiale » considerăm, bazîndu-ne pe elemente și teste certe, că se datoresc, cu preponderență, **factorilor organici**, cum ar fi:

— **predispoziția genetică, ereditară, precum și dobîndită, spre diverse stări patologice, a terenului organic, atît ca stare patologică generală, cît și locală, prin situația și conformația marginală și structura neuro-vasculară terminală parodontală;**

— **acțiunea nocivă a stress-urilor condițiilor de viață și activitate, prin incitarea și provocarea distoniei neurovegetative;**

— **disfuncțiilor neuro-vegetative, provocate prin multiple cauze incitatorii, fie ale patologiei organice, cum sînt stările nevrotice, gastro-intestinale, endocrine** etc., precum și

— **unor fenomene dismetabolice, în special celor dismineralemice etc.**

Asemenea factori acționînd de cele mai multe ori într-un mod îmbinat, într-o concomitență patologică, uneori foarte complexă, bizară și greu de diferențiat, prin probe și teste, care din acești factori ar primi ca rol etiologic și patogenic, creează dificile și subtile probleme, mai ales atunci cînd vin în discuție modalitățile cele mai adecvate de tratament.

Factorii locali (tartrul, inflamațiile, elementele microtraumatice de natură protetică, ocluzală, nevrotică etc.) menționați în concepția localicistă, atunci cînd îi constituim existenți în complexul tablou de manifestare a parodontopatiei esențiale, **trebuie să-i considerăm ca elemente de concomitență sau de supraadăugare,** ce intervin în acest tablou, avînd în evoluția maladiei numai un rol **agravant și de bruscare a fenomenelor evolutive și nicidecum determinant,** cum se interpretează și se susține atît de stăruitor de către partizanii concepției « localiciste ».

Acest mod de a interpreta aspectele patologice ale parodontului rezultă de la sine, va orienta modalitățile de tratament spre **un alt parametru,** pe o **nouă coordonată,** care va fi aplicată numai după **principiul** consacrat în terapia medicală, și anume acela al **eclectismului metodologic.** Eclectism care va **trebui să fie perfect corelat cu caracterul patologic al fiecărei leziuni sau al manifestării respective și nu la întîmplare,** aplicîndu-se în mod eronat aceleași metode terapeutice pentru o manifestare « simptomatică », în timp ce ea este « esențială » și invers, ceea ce evident ar putea duce la eșecuri și dezamăgiri terapeutice.

În mod rezumativ, concepția noastră se particularizează, în raport cu cea « localizată », prin **două mari și importante coordonate.**

Prima coordonată constă în interpretarea stărilor parodontopatice pe baza **principiului discernămîntului** de încadrare și sistematizare a complexei patologii a

parodontului, în **parodontopatii simptomatice și parodontopatii esențiale,** cu specificarea factorilor etiologici certi și determinanți pentru prima categorie și mult discutați pentru cea esențială ».

A doua coordonată constă în preconizarea pe principiul unui **eclectism metodologic** a unor modalități de rezolvare terapeutică **locale și generale,** care **trebuie să fie în strînsă** corelație cu **realitatea stărilor patologice.** Adică, pentru manifestările simptomatice, în primul rînd să se îndepărteze factorul cauzal cunoscut **(sublata causa tollitur effectus),** apoi să se aplice acte terapeutice corespunzătoare fiecărei leziuni (detartraj, dezinfecții buco-gingivale, îndepărtarea elementelor protetice nocive, eventuale reechilibrări ocluzale, chiuretaje subgingivale, gingivectomii pentru procesele gingivale hipertrofiate prin hiperplazie de iritație sau inflamație buco-gingivală, sau alte cauze cunoscute, noțiuni educative asupra igienei bucale etc.).

Pentru parodontopatia esențială, însă, trebuie să se practice o atitudine de asistență mult mai complexă, aplicînd într-un mod judicios și metodic, modalități adecvate de **asistență generală și medico-neuro-hormonală,** în raport cu fenomenele patologice depistate în activitatea funcțională și morfologică a organismului respectiv, aceasta în vederea **stimulării și reechilibrării lor,** îmbinate concomitent cu o **asistență locală,** care vizează direct focarul parodontal al procesului distrofic evolutiv.

Astfel, după o prealabilă lămurire și pregătire psihică a pacientului, ca și după o pregătire locală (extracții sau tratamente corespunzătoare ale elementelor odontale compromise sau lezate, asanarea focarelor periapicale, exprimarea și dezinfecția pungilor pioreice etc.), se trece la aplicarea, în vederea acestui scop, **a metodei noastre operatorii,** pe bază de biostimulatori de omo-implante din «OS-MINERALE».

Aceste omo-implante, care se găsesc preparate, condiționate și înfiolate — după concepția noastră, — gata pentru a fi folosite și aplicate direct în operație (vezi fișa nr. 62) în **ansamblul asistenței generale medicale** al terenului parodontopat, prin compoziția lor minerală corespunzătoare umorilor și structurii osului uman, **au rolul fie de a modera unele stări, fie de a stimula și redresa** (prin ionul de calciu, ca și prin celelalte elemente minerale, fosfor, magneziu, siliciu etc.) stările funcționale neuro-vegetative, ca și alte disfuncții organice generale, **iar local,** la nivelul parodontului, surprins în stare de degradare a structurii sale osoase, de **a favoriza** (așa cum se demonstrează concret și concludent pe aspectele imaginilor radiografice, după un interval de 7—8 luni de la operație) **recondensarea structurii osului alveolar, în sensul unui calus periodontal, prin fenomene de asimilare, mutație și apoziție minerală a masei osoase din implantele introduse în septurile alveolare,** care au fost depistate clinic și radiologic în plină evoluție a fenomenelor disbiotrofice.

Eficiența metodei noastre de tratament, generală, medico-neuro-hormonală și chirurgicală, este demonstrată în mod concludent, atît de rezultatele clinice, la cazurile operate și urmărite ani de zile (vezi fișa nr. 71), cît mai ales de aspectele

Scanned with OKEN Scanner

recondensării osului alveolar, redate evident pe imaginile radiografice făcute la diverse intervale după operații (vezi fișa nr. 72 și 73), de asemenea de testele biologice de redresare minerală a hipocalcemiei, depistată preoperator (vezi fișa nr. 79).

Prezentarea acestei concepții în diverse reuniuni prestigioase internaționale, de specialitate, cum au fost: congresele internaționale de la: Budapesta (1964), Berlin-Vest (1966), Roma (1966), Tokio (1968), Paris (1969), Bad-Homburg (R. F. Germania, 1969); în cîteva **acțiuni speciale parodontologice** — Italia (Reggio Emilia) (1967), Franța — Grenoble (1968), Spania — Universitatea din Madrid (1969), unde a fost prezentată prin expuneri documentate cu proiecții și filme, demonstrații operatorii și discuții la mese rotunde; de asemenea concretizarea concepției și metodei operatorii, în afara a numeroase lucrări publicate în diverse reviste (Franța, R. F. Germania, Japonia, Spania, Italia și altele) — și prin două lucrări — « La parodontopathie essentielle », apărută în 1971 la Paris, în Editura Maloine, și lucrarea de față reprezintă în ansamblul lor fapte și dovezi ale preocupărilor noastre de afirmare, pe scară largă, a acestei contribuții parodontologice, pe care știința stomatologică și parodontologică românească o aduce patrimoniului științelor medicale universale.

Modestul meu mesaj reprezintă, pe lîngă o informare, și o vie și caldă dorință colegială, pe care o adresez pe această cale tuturor confraților de pe toate meridianele globului, ca să țină seama de cele formulate, poate într-o formă rezumativă, în aceste rînduri, de eșecurile pe care unii le-au avut, alții le-au văzut, să încerce practic și metoda noastră; nu vor avea nici deziluzii și nu vor crea celor în cauză dezamăgiri.

În încheierea prezentului mesaj, ținem să subliniem și să asigurăm pe toți confrații noștri, preocupați de problemele complexe parodontologice, cu precădere de parodontopatia esențială, că vor realiza incontestabile succese terapeutice, concludente și concrete, nu numai imediate, dar și în timp.

Dar aceasta numai cu respectarea următoarelor condiții:

— să se aplice principiile fundamentale enunțate cu privire la interpretarea și sistematizarea aspectelor patologice parodontopatice;

— să se stabilească în formele parodontopatice esențiale, indicații operatorii corecte, pe baza stadiilor evolutive, adică dacă există pereți septali interalveolari suficient de înalți, favorabili provocării fenomenelor recondensării osului alveolar depistat în osteolită disbiotrofică;

— să se respecte aplicarea cu toată atenția a actelor care constituie metoda noastră operatorie;

— **să se coreleze obligatoriu metoda operatorie cu o asistență generală** (planificarea condițiilor de viață și de muncă, evitarea suprasolicitărilor psihice și fizice etc.),

Scanned with OKEN Scanner

precum și medico-neuro-hormonale, corespunzătoare disfuncțiilor depistate în activitatea vitală a terenului organic, aceasta în vederea stimulării și reechilibrării stării generale, inclusiv deci și locale (parodontale) a terenului organic;

— de asemenea, ca încheiere, **în vederea unei desăvîrșite și eficiente asistențe parodontopatice esențiale,** menționăm următorul fapt **demn de reținut:** după o asistență operatorie locală, consolidată de o asistență organică, generală și locală, **trebuie să nu se uite nici o clipă,** că, conformația parodontului (gingivală și osoasă), odată ce a fost lezată printr-un proces disbiotrofic evolutiv, deși a fost remediată terapeutic, trebuie întreținută permanent troficitatea printr-o igienă bucală zilnică, corect aplicată (inclusiv cînd este indicat și detartrajul), precum și completată prin folosirea unei ape de gură medicinală (în practica noastră este « PERLA ») care, prin ingredientele compoziției ei cu efecte dezinfectante, sclerozante și dezodorizante, va preveni apariția de noi manifestări gingivitice remediate prin actul operator și asistența adjuvantă generală și locală.

Toată această asistență aplicată într-o formă îmbinată va favoriza, prin asimilarea masei minerale din biostimulatorii « os-minerale » și apoziția acesteia în structura patologică a pereților alveolari, **atît recondensarea osului alveolar și stabilitatea elementelor odontale, cît și redresarea și reechilibrarea funcțională și vitală a întregii economii a organismului.**

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Recapitulare

Parodontologia, în concepția noastră, așa cum a fost expusă în lucrarea de față, mai mult ca oricare disciplină medico-chirurgicală, în desfășurarea preocupărilor de cercetare științifică și aplicare practică, indubitabil, **îmbină** într-un tot medical, **într-o strînsă corelație,** stomatologia cu majoritatea specialităților medicale și chirurgicale cum sunt: chirurgia generală, neuroendocrinologia, biologia, patologia cardio-vasculară, patologia hepatică, neuropsihiatria, homeopatia și altele. Adică, toate specialitățile care consacră preocupări deosebite fenomenelor funcționale și disfuncționale, fenomenelor metabolice și dismetabolice, fie organice fie minerale, legate în special de activitatea normală și patologică a sistemului vital neuro-vegetativ, influențat și bruscat deseori spre stări distonice de multitudinea factorilor stress-anți ai mediului și condițiilor de viață și activitate care ne înconjură.

Conformația parodontului, datorită **situației sale marginale** pe crestele maxilo-mandibulare, datorită **predispoziției sale genetice labile și susceptibile** spre stări patologice, bruscată prin variate stress-uri ale condițiilor de viață, spre **acțiunile unor factori organici** disfuncționali vegetativi și dismetabolici, devine susceptibilă a da loc unei patologii complexe, — parodontopatiilor.

Patologia parodontului, prin complexitatea ei, a dat loc de-a lungul vremii, în concepția partizanilor « localiciști », la multiple confuzii teoretice de interpretare a fenomenelor patologice, etichetate de unii specialiști chiar « sofisticate », ceea ce a dus la tot atîtea metode și principii de tratament, lipsite, de cele mai multe ori, de concordanță cu realitățile leziunilor și aspectelor de manifestare a acestei patologii.

În aceste împrejurări, — nu ca o negare sau minimalizare a tot ce se susține, s-a scris și s-a creat de către partizanii « concepției localiciste », ci **în sensul unei clarificări,** a unei **sistematizări a problemelor** și apoi a **completării golului** (vorbind de aspectele « esențiale » în fața cărui gol se opresc toate teoriile și metodele locali-

ciste, — vine să se situeze și să-și aducă aportul **concepția noastră,** concepția factorilor parodontopatogeni organici disfuncționali și dismetabolici și rezolvarea maladiei « propriu-zise », adică a parodontopatiei esențiale, printr-o modalitate de tratament și o **metodă operatorie personală și originală,** pe bază de **biostimulatori de omo-implante din « OS-MINERALE »,** îmbinată cu o asistență organică generală, în raport cu stările patologice organice depistate în tabloul evolutiv al parodontopatiei esențiale.

În activitatea noastră parodontologică, desfășurată pe o durată de peste 35 ani și pe o cazuistică foarte numeroasă, ne-am orientat munca de observare, de cercetare și de experimentare, după **două mari principii cardinale.** Aceste principii sînt:

A. **Principiul discernămîntului de interpretare și sistematizare,** prin care avem posibilitatea să încadrăm **bine definit,** leziunile și manifestările parodontopatice, după criterii anatomoclinice și radiologice **bine stabilite** (în afară de categoria de parodontopatii cu aspecte tumorale care constituie o categorie aparte și care se adresează chirurgiei buco-maxilo-faciale), în două mari categorii:

— **categoria parodontopatiilor simptomatice,** atribuite unor multiple și variate cauze etiopatogenice, fie iritative, fie toxice, fie inflamatorii, fie micro-traumatice etc., binecunoscute sau definite, fiecare aspect din punct de vedere terapeutic avînd în **sens eclectic,** metoda sa de tratament; și a doua

— **categoria parodontopatiei esențiale,** esențialitate datorită în special etiopatogeniei sale ipotetice și foarte discutată.

B. **Principiul eclectismului** în alegerea modalităților și metodelor de tratament, **aplicate totdeauna în strînsă corelație cu realitatea leziunilor și manifestărilor parodontopatice,** fie celor « simptomatice », fie celor « esențiale ».

În partea a II-a a lucrării, o foarte numeroasă **exemplificare iconografică,** cu fișe documentative, vine să ilustreze prin cazuri concrete și exemplificative, principiul discernămîntului interpretativ și de sistematizare, fără a se da loc la confuzii. Astfel, pe baza acestui principiu se pot ușor și net diferenția aspectele **« simptomatice »** de cele **« esențiale ».** Bineînțeles aceasta este posibil numai atunci cînd cazurile sînt studiate și analizate metodologic, pe baza elementelor de manifestare anamnezice, clinice și radiologice. În acest mod, se pot defini clar și precis aspectele « simptomatice » după cauzalitatea arătată mai sus, diferențiindu-le de cele « esențiale », **care au particularități cu totul deosebite față de primele, atît sub aspect etiopatogenic, de manifestare clinică, anatomopatologică, radiologică și biologică, cît și sub aspect terapeutic.** Acest fapt implicit va atrage după sine găsirea și aplicarea, **fără a se confunda aspectele,** a celei mai adecvate modalități și metode de tratament, care va fi, așa cum am arătat mai sus, **în strînsă corelație cu aspectul lezional și cu manifestarea parodontopatică, atît « simptomatică » cît și « esențială ».**

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, iconografia parodontopatică este completată cu unele **fișe de cazuri cu aspecte parodontologice,** care, așa cum se prezintă la prima vedere, **pot da loc deseori la unele confuzii de interpretare,** care ar putea atrage după ele implicații nedorite nici de pacient și nici de cel căruia pacientul i se adresează.

Ca o urmare firească, în partea a III-a a lucrării, fără a se repeta, în sens de compilație, fapte și fenomene deja cunoscute, sînt trecute în revistă nenumăratele principii și metode de asistență a manifestărilor parodontopatice, create și aplicate în practica cotidiană — fără discernămînt și fără a lua în considerare principiul eclectismului terapeutic. Metodic și documentativ, facem o sumară prezentare a celor mai importante și mai frecvente metode de tratament aplicate în « concepția localicistă », insistînd pe baza principiului eclectic, **cînd, unde și cum s-ar putea aplica acestea, pentru a fi eficiente** și în strînsă corelație cu realitățile patologiei parodontului, cum sînt: detartrajul, periajul și masajele gingivale, spray-urile, badijonajele, infiltrațiile, chiuretajul subgingival, gingivectomia, șlefuirea selectivă etc.

Iconografia lucrării ilustrează exemplificativ atît aspectele parodontopatiilor « simptomatice », cît și aspectele « parodontopatiei esențiale ». **Fișele cazuistice cu iconografiile respective expun,** cu detalii, fiecare aspect interpretat cu discernămînt și rezolvat terapeutic printr-o modalitate de asistență **eclectic aleasă și aplicată.**

Ultimul capitol prezintă o bogată documentație a **obiectivelor clinice, radiologice și biologice, realizate prin aplicarea metodei noastre operatorii, pe bază de biostimulatori de omo-implante din « OS-MINERALE »,** ajutată, bineînțeles, concomitent, de o asistență generală medicală, neuro-endocrină, homeopatică, etc. după caz.

Lucrarea se încheie cu un mesaj colegial adresat tuturor confraților care consacră în activitatea lor preocupări din cele mai deosebite problemelor parodontologice, atrăgîndu-le atenția asupra valorii și importanței concepției noastre, **bazată pe rolul factorilor** organici, predispozanți, favorizanți, determinanți și stress-anți ai mediului de viață și activitate, precum și asupra **eficienței metodei noastre operatorii,** care realizează rezultate din cele mai satisfăcătoare în aspectele parodontopatice « esențiale », considerate, peste tot, ca manifestări incurabile.

Scanned with OKEN Scanner

Recapitulation

Parodontology, in our concept and as exposed in the present volume, may be considered more than any other medicosurgical discipline **to combine** scientific research and practice into a **closely, correlated whole,** in which stomatology is connected with most of the medical and surgical specialities: general surgery, neuro-endocrinology, biology, cardiovascular pathology, hepatic pathology, neuropsychiatry, homeopathy and others. This implies all specialities that concern especially functional and dysfunctional phenomena, metabolic and dysmetabolic phenomena, either organic or mineral, linked particularly to the normal and pathologic activity of the vital neuro-autonomic system, influenced and frequently upset by the dystonic states of the multitude of environmental stress factors, living conditions and surrounding activity.

The **conformation of the parodontium,** due to its **marginal situation** on the maxillo-mandibular crests, to its **labile, genetic predisposition susceptible** to pathologic states, brutalized by the varied stresses and strains of life and its conditions, which may lead to the action of certain dysfunctional autonomic and dysmetabolic **organic factors,** gives rise to a complex pathology — the parodontopathies.

The **pathology of the parodontium,** owing to its complexity, gave rise with time to the concept of the "localicist" partisans, to multiple theoretical confusions in the interpretation of the pathologic phenomena, labelled by some specialists as "sophisticated", which in turn lead to just as many methods and principles of treatment in most instances not in keeping with the actual aspect of the lesions and of the manifestations of this pathology,

In these circumstances, not in order to deny or minimilize what has been written and sustained by the partisans of the "localicist concept" but for certain **clarifications, systematization of the problems and the completion of certain gaps**

Scanned with OKEN Scanner

(that is the "essential" aspects in front of which there is a gap where all the localicist theories and methods are brought to a stop) — is the contribution of **our concept,** the concept of organic dysfunctional and dysmetabolic parodontopathogenic factors and the solution of the disease "proper", that is of essential parodontopathies by a **personal original treatment and operative method,** based upon the **biostimulators of OS-MINERALE homo-implants,** combined with general care of the organism, closely correlated with the organic pathologic states detected in the evolutive picture of essential parodontopathies.

In our activity, in the field of parodontology, of more than 35 years based upon a great number of cases, we were guided in our work of observation, research and experimentation by **two cardinal principles:**

(A) **The principle of differentiated interpretation and systematization** by means of which we have been able to define and group parodontopathic lesions and manifestations according to **well established** anatomoclinical and radiologic criteria (apart from the category of parodontopathies with a tumoral aspect that form a separate category and are referred to the bucco-maxillofacial surgeon) into two large categories:

(I) **the category of symptomatic parodontopathies** attributed to multiple and various etiopathogenic causes, either irritative or toxic, inflammatory or micro-traumatic etc., well-known or defined, from the therapeutical point of view, each aspect having an **eclectic sense,** its method of treatment, and,

(II) the **category of essential parodontopathies,** essential because of its special hypothetical and much contested etiopathogeny.

(B) The **principle of eclectism** in the choice of the means and methods of treatment, **always applied in close correlation with the reality of the lesions and parodontopathic** manifestations, the symptomatic, or the essential ones.

Part II, with its very numerous figures, documentary files, **illustrates and exemplifies** the principle of interpretative differentiation and systematization, without leaving any questionable point. On the basis of this principle one can readily differentiate between the **"symptomatic"** and the "essential" aspects. This is obviously only possible in the cases studied and analized methodologically, taking into account the anamnesis, the clinical and radiologic aspects. In this way the "symptomatic" aspects can be clearly and precisely defined according to their various causes differing from the "essential" ones, whose **particularities sharply differ from the former both as regards the etiopathogenic aspects, clinical, anatomopathologic, radiologic and biologic manifestations and the therapeutical aspects.** This implicitly suggests the necessity of finding and applying, **without confounding the aspects,** the most adequate means and methods of treatment which will be, as already mentioned, **closely correlated to the lesional aspect and parodontopathic manifestation, both "symptomatic" and "essential".**

Scanned with OKEN Scanner

In addition, the parodontopathic iconography is completed by **several case reports with parodontologic aspects** that at first sight **may give rise to confusion in their interpretation,** resulting in untoward effects feared both by the patient and the doctor treating him.

There follows in part III, without repeating the already known facts and phenomenon, a review of the countless principles and methods of treatment in parodontopathic manifestations, applied in routine practice without discrimination and without regard to the principle of eclectic therapy. The most important and frequent methods of treatment applied according to the "localicist concept" are briefly reviewed, methodically and on the basis of documents, emphasizing according to the eclectic system **when, where and how they can be applied to be efficient,** in close correlation with the actual requirements of parodontal pathology: detartring, brushing and gingival massage, spraying, badigeonnage, infiltrations, subgingival curettage, gingivectomy, selective polishing, etc.

The figures that accompany the text illustrate and exemplify both the "symptomatic" and the "essential parodontopathies". **The case cards together with respective figures** show in detail each aspect interpreted with discrimination and solved therapeutically by a method eclectically chosen and applied.

The last chapter presents a rich **objective clinical, radiologic and biologic documentation, obtained following application of our operative procedure based upon the homo-implant biostimulators of the OS-MINERALE** product, obviously combined with a concomitant general medical, neuroendocrine, homeopathic, etc treatment according to each separate case.

The volume concludes with a message addressed to all colleagues who have devoted their work and their time to parodontologic problems, drawing attention to the value and importance of the principle expounded, **based upon the role** of organic, predisposing, determining and stressing environmental factors of our life and activity and to **the efficiency of the operative procedure** that has given highly satisfactory results in "essential" parodontopathies, considered until now as uncurable.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie*

Baba I. și colab. — Cercetări asupra capilarelor în parodontopatii, Stomatologia (Buc.) 1969.

Bayer G., Riethe P. (Tübingen) — Über die Wirkung des Paradentosprays auf unverkalkte Ablagerungen, Parodontopathien und Schmeltz, Ref. Jahr. Tag. den Dtsch. Arb. schaft. f. Pard. Bad Homburg, octombrie 1970.

Beyeler K. — Classification et nomenclature des affections parodontales dans la pratique journalière, Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 1965, 1.

Borglum S. J. — Untersuchungen über neue Möglichkeiten der Plaquebeseitigung, Ref. Jahr. Tag. der Dtsch. f. Parod., Bad Homburg, octombrie, 1970.

Câmpeanu E., Usineviciu A. — Rolul sistemului nervos în patogenia parodontopatiilor, Clujul med., 1972, 2—3.

Cimasoni G. — Cercetare și învățămînt în fiziopatologie și parodontologie, Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 1971, **81**, 5.

Constanzo P., Constanzo G. — Biochimie générale et odontologique, Masson et Cie, Paris, 1969.

Dechaume M. — La prophylaxie des parodontopathies, Presse méd. 1969, 46.

Dechaume M. — L'importance du sympatique et des troubles de la musculature oro-faciale et des tics en parodontopathies, Rev. Stomat. (Paris), 1962.

Diedrich K., Mutschelknaus R., Münster — Die Gingivectomie mit der Diatermieschlinge und dem Skalpell (vergleichende Klinische und Zitologische Untersuchungen), Ref. Jahr. Tag. der Dtsch. Arb. f. Parod., Bad Homburg, octombrie, 1970.

Diedrich P. și Münster — Die Bereite der Gingiva propria nach offener Vorhofplastik mit und ohne Periostfensterung, Ref. Jahr. Tag. der Dtsch. Arb. f. Parod., Bad Neuheim, octombrie, 1971.

Drum W. — Parafunktionen und Autodestruktions Progresse. Ein neues Parodontose-Bild. Quintessenz, Berlin, 1969.

Ehrlich B. Ann, Ehrlich F., Stanley — Dental practice management; the team work approach, W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1969.

Erpenstein H., Münster — Die chirurgische Behandlung der Dehiszenz, Jahr. Tag. der Dtsch. Arb. f. Parod., Bad Homburg, octombrie, 1970.

Forrest S., Byrd D., Lamar, McDonald K. — Current therapy in dentistry, C. V. Mosby Co, St. Louis, 1968.

* Bibliografia reprezintă **numai** o parte din lucrările publicate sau rapoartele și referatele expuse la diverse congrese, consultate după apariția cărții mele, în ianuarie 1971, intitulată « La parodontopathie essentielle ». Bibliografia din prima carte (de la 1 la 142), împreună cu aceasta — din « Metodologia parodontologică » — constituie lucrări aflate în strînsă corelația cu problematica parodontologică.

Scanned with OKEN Scanner

Pelletier M. — Anatomie maxilo-faciale. Libr. Maloine, Paris, 1969.
Petit H. — Parodontite juvenile, Prélat (Julien), Paris, 1970.
Poitevin R. şi colab. — La Parodontolise et l'abrasion sélective, Rev. Stomat. (Paris), 1971.
Popescu Val. — Gingivectomie, gingivoplastie dans le trait. des parodontopathies marginales chroniques, Stomatologia (Buc.), 1967.
Rateischak K. H. — La parodontologie, base de la stomatologie? Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 1969.
Renggli H. H. — L'etiologie de la périodontie, Schweiz. Mschr., Zahnheilk., 1971.
Renggli H. H. — La semnification thérapeutique du spray Paradento, Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 1970.
Schärer P. — Ci nommé « parodontose », l'étyologie et thérapie des maladies parodontales, Méd. et Hyg. (Genève), 1972.
Schroeder H. E., Mühleman H. R. — Les méthodes statistiques et l'épidemiologie des affections parodontales, Schweiz. mschr. Zahnheilk., 1964.
Schwartz L., McDonald Ch. — Facial pain and mandibular dysfonction, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1968.
Selye H. — Stress, Acta Inc. Med. Publ. Montreal, 1950, Giannini Stress, Edizioni Scientifiche Einaldi, 1957.
Selye H. — The story of the adaptation syndrome, Acta. Inc. Med. Publ., (La sindrome di adattamento), Montreal, 1952, Barbieri A. de — Istit. Sieroterapico Milanese, 1956.
Selye H. — The stress of lifte, McGraw Hill, New York, 1956.
Selye H. — Calciphylaxis, University of Chicago Press, 1962.
Selye H. — From dream to discovery, McGraw Hill, New York, 1964.
Selye H. — Panorama general de la etiopatogenia de las enfermedades de adaptacion, Acta med. psicol., 1958, **1**, 11.
Selye H. — Stress in physiology and medicine. In: « American Peoples Encyclopedia », APE, 1958.
Selye H., Nielsen K. — Histogenesis of experimental cutaneous calcinosis.
Selye H., Gentile G. — Osteitis fibrosa by calciphylaxis in the absence of the parathyroids, Acta endocr. (Kbh.), 1962, 40, 277.
Selye H. — Le syndrome général d'adaptation 1936—1963, Méd. et Hyg. (Genève).
Selye H. — Calciphylaxie et calcergie, Rev. Méd. (Paris).
Selye H., Manhajan S., Manhajan R. S. — Stress and the pluricausal diseases, Courr. med. Pract., 1966.
Selye H. — Pluricausal diseases, Exp. Med. Surg., 1966.
Les maladies pluricausales, Rev. méd. franc., 1967, 1.
Soloviev V. A. — Particularităţile topografiei şi structurii vaselor periodontale, Stomatologiya (Mosk.), 1969.
Spirgi M. — Techniques à lambeaux en chirurgie parodontale, Rapp. Journal franç. de parod., Paris, 1970.
Spirgi M. — Le rôle de l'oclusion en parodontologie, Schweiz. Mschr. Zehnheilk., 1971.
Strassburg M. — Zur Differentialdiagnose akuter Erkrankungen am Parodontium, Ref. Jahr. Tag. der Dtsch. Arb. f. Parod., Bad Neuheim, octombrie, 1971.
Thieleman K. — Le traitement par meulage dans les affections parodontales, Dtsch. Stomat., 1957.
Zahrt R. — L'étiologie et nomenclature des parodontopathies marginales, Dtsch. Stomat., 1969.
Weyrother G. von şi colab. — Über die Verwendung von Lyophilisierter Dura bei mucogingivalen Eingriffen, Ref. Jahr. Tag. der Dtsch. Arb. f. Parod., Bad Neuheim, octombrie, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

Any of our Colleagues who wish to buy
"OS-MINERALE" Biostimulator Vials
are asked to write to:
CENTRUL de PARODONTOLOGIE „BUCUR"
Bvard. Mărășești No. 92
7000 Bucharest — V — România
P.O. 53

Les Confrères qui désirent acheter les ampoules
aux Biostimulateurs "OS-MINERALE"
peuvent s'adresser par lettre de commande:
"CENTRUL de PARODONTOLOGIE BUCUR"
92 Bd. Mărășești
7000 Bucarest V. — Roumanie
L'office postal 53 Roumanie

Die Kollege welche zu kaufen wünschen Ampullen
mit BIOSTIMULATOREN "OS MINERALE", schreiben bitte an das
„CENTRUL de PARODONTOLOGIE BUCUR"
Bd. Mărășești No 92 Sector 5
7000 București
România

Colegii care doresc să obțină contra-cost ampule cu
BIOSTIMULATORI "OS-MINERALE"
se pot adresa prin scrisoare:
CENTRUL de PARODONTOLOGIE „BUCUR"
Bd. Mărășești Nr. 92 Sector 5
București 7000
Oficiul postal 53

N.B. **Un stagiu de perfecționare în Centrul de Parodontologie în vederea aplicării Biostimulatorilor, este deosebit de necesar.**

Redactor de carte: Dr. ALGEORGE GEORGE
Tehnoredactor: VIOLANDA LEORDEANU

Bun de tipar: 4.XII.1975. Formatul: 16/70×100.
Hîrtie: cretată 70×100/70. Coli de tipar: 15,75.
Tiraj: 4500+70+40 exemplare.

Tiparul executat de I. P. „Arta Grafică"

Scanned with OKEN Scanner